FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri PORTE

Né à La Bourboule, le 3 juillet 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Maladie de Hirschsprung

Président : M. RECLUS, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

Porte 1

51472

A Monsieur le Docteur RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Nous adressons tous nos remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire d'accepter la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage 1905

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

(Hôpital Cochin)

Externat 1905-1906

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉRY

(Hôpital des Enfants-Malades)

Externat 1906-1907

MONSIEUR LE DOCTEUR DARIER

(Hôpital Broca)

Externat 1907-1908

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

(Hôpital Bichat)

Externat 1908-1909

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

(Hôpital des Enfants-Malades)

Externat 1909-1910

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANSELME

(Hôpital Broca)

Externat 1910-1911

Monsieur le Docteur FOURNIER

(Hôpital Cochin)

Externat 1911-1912

Monsieur le Docteur MICHEL

(Hôpital de la Charité)

A Monsieur le Professeur agrégé GRÉGOIRE

A MM. les Drs LINÉ, DE FOURMESTRAUX
DUBOIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MALADIE DE HIRSCHSPRUNG

INTRODUCTION

Au cours de nos études et sur le point de les achever, nous avons eu l'heureuse occasion d'observer, dans le service des aliénés de notre maître le Dr Picqué, une malade atteinte de mégacôlon qui fut opérée par la colectomie et qui guérit par cette intervention.

Cette opération suivie de guérison rapide pour des accidents dont la malade souffrait depuis longtemps, nous suggéra l'idée d'entreprendre ce travail et de faire une étude sur la maladie de Hirschsprung, en rassemblant autour de cette observation les différentes observations que nous avons pu recueillir et en nous inspirant des divers travaux publiés jusqu'à ce jour sur la question.

Aussi nous tenons tout d'abord à remercier notre excellent maître, le Dr Picqué, d'avoir bien voulu nous permettre de publier cette observation et des conseils

qu'il a bien voulu nous prodiguer pour la rédaction de ce travail et pour l'enseignement clinique qu'il nous a appris à aimer en nous montrant sa grande importance et sa profonde utilité.

HISTORIQUE

On donne le nom de mégacôlon à une maladie caractérisée anatomiquement par la dilatation du côlon avec allongement et épaississement de ses tuniques et, cliniquement, par des troubles d'obstruction intestinale.

Cette maladie, qui, pendant longtemps, resta englobée dans le cadre de la constipation opiniâtre des nourrissons dont elle représentait les cas les plus extrêmes, les plus graves de la constipation congénitale, n'a été isolée et n'a pris vraiment place dans le cadre nosologique que depuis la belle description qu'en a donnée Hirschsprung dans son mémoire *Sur la dilatation hypertrophique congénitale du côlon ou mégacôlon.* Dans son premier mémoire, il rapporte l'histoire de deux enfants dont l'un mourut à onze mois, l'autre à sept mois, et qui présentaient depuis leur naissance une constipation opiniâtre et du météorisme, météorisme si considérable que, dans le second de ces cas, il nécessita une ponction capillaire de l'intestin. Il n'y avait pas de rétrécissement dans la portion de l'intestin accessible à la sonde œsophagienne.

Le premier enfant mourut de cachexie progressive et le second de côlite aiguë avec ulcérations multiples ; mais ce qui avait frappé cet auteur, c'est que dans ces deux cas, et un autre qui se termina aussi par la mort, il retrouva à l'autopsie les mêmes lésions, c'est-à-dire distension considérable du côlon avec épaississement très marqué des parois de l'intestin.

Mais, si à Hirschsprung revient l'honneur d'avoir isolé cette affection et d'en avoir fait une entité morbide, il n'en est pas moins vrai que de nombreuses observations avaient été publiées avant son mémoire et qui étaient certainement des cas de mégacôlon.

C'est ainsi que vers le XVII^e^ siècle, Ruysch avait publié sous le nom de *Enormis intestini coli dilatatio* une observation très détaillée d'un cas où on retrouve parfaitement l'histoire d'un mégacôlon.

Mais, à la vérité, les observations publiées sont infiniment rares et la dilatation idiopathique du gros intestin est encore une découverte d'autopsie qui étonne et surprend.

Ce n'est que vers 1850, que les observations de Mégacôlon apparaissent plus rapprochées ; comme publications, c'est en effet à cette époque que Bankes et Favalli observent des malades atteints de de cette affection.

En 1871, Porro cite l'observation d'un nouveau né qui peut être rangé parmi les observations de Mégacôlon et, après quelques observations de Peakok, Chapman, Gée, Goume, chez des adultes, nous arrivons enfin au premier mémoire de Hirschsprung en

1884 et la maladie est alors bien étudiée et bien caractérisée ; c'est alors que les cas se multiplient. Bristove,Futtrer,Schcadle en publient de nombreux cas. Cette maladie semble passionner alors tous les esprits,car on rapporte à ce moment un assez grand nombre d'observations. En 1894,Mya dans *Sa Spérimentale* fait de cette affection une étude tellement approfondie et complète sous le nom de *Mégacôlon congénital*, qu'on lui donne aussi le nom de maladie de Mya.

La même année paraît dans le Britisch *Médical Journal* un article très documenté par Walter et Griffiths. Plus près de nous, signalons les différents travaux qui ont encore contribué à mettre tout à fait au point cette question et à établir nettement quel en était le traitement de choix.

Marfan, dans *le Traité des Maladies de l'enfance*, montre quelle est la grosse importance du symptôme constipation, puisqu'il décrit cette maladie au cours de son article constipation.

Trêves, Fitz, Fenvick rassemblent des observations sur la question.

En 1903,Duval publie dans *la Revue de Chirurgie*, un article sous le nom de Dilatation idiopathique du gros intestin, article qui constitue certainement la meilleure étude qui ait été faite sur cette maladie.

Guinon, en 1907, fait une communication à la Société Médicale des Hôpitaux et Tuffier, en même temps, à la Société de Chirurgie. En 1910, Guinard

consacre un long article dans le traité de Le Dentu-Delbet.

Signalons les thèses de Chassagnard, Calmet et Culan.

Et enfin, ces derniers mois, rappelons le rapport très documenté de notre maître, le Dr Picqué, à l'occassion de deux observations, l'une de Pierre Duval, l'autre de notre maître, le Dr Grégoire ; observations de malades traités et guéris par la colectomie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quand nous avons défini la maladie de Hirschsprung, nous avons dit que cette affection était caractérisée anatomiquement par une dilatation considérable du côlon avec épaississement des parois et allongement très marqué.

Tout le côlon peut présenter cette distension et on sait que dans le cas rapporté par Duval récemment à la Société de Chirurgie, le côlon était dilaté sur toute sa longueur et fut enlevé en totalité par cet auteur.

A la vérité, toutes les portions du gros intestin peuvent être atteintes à des degrés très différents ; en général une seule portion est atteinte ; sont assez rares les cas où le côlon est distendu sur toute sa longueur, comme dans le cas que rapporte Duval.

Ce qu'on peut observer quelquefois, ce sont des dilatations qui portent sur le côlon tout entier, mais en différents points, donnant l'impression de véritable anévrismes fusiformes, séparés par des portions assez longues où l'intestin conserve son volume, ses dimensions et son épaisseur normale.

Dans son rapport, Duval considère que toutes les

portions du côlon ne sont pas égales devant la dilatation, que certains segments sont dilatés plus fréquemment que d'autres ; c'est ainsi que le côlon pelvien seul est le plus souvent le siège de l'affection et, dans le cas que nous rapportons, il s'agissait d'une dilatation portant sur le côlon pelvien.

Souvent la dilatation empiète jusque sur le côlon transverse et, alors, côlon pelvien et côlon transverse sont pris en même temps : c'est une disposition qui n'est pas rare.

De même les côlons descendant et pelvien peuvent être dilatés simultanément, et c'est là encore une disposition qu'on retrouve dans un assez grand nombre d'observations.

Plus exceptionnellement, puisque sur 40 cas observés on n'en a trouvé qu'un cas de chaque espèce où la dilatation portait sur : 1° côlon pelvien, transverse et ascendant ; 2° côlon pelvien et côlon ascendant ; 3° côlon transverse et côlon ascendant : 4° côlon ascendant seul.

Nous avons déjà dit que parfois ces dilatations peuvent porter sur toute la circonférence de l'intestin (anévrisme fusiforme), mais dans bien des cas elles ne portent que sur une portion de la circonférence et donnent l'impression de véritables anévrismes sacciformes.

Enfin, plus rarement il est vrai, mais les cas ne sont pas exceptionnels, l'intestin présente une série de renflements et de sillons donnant à première vue l'impression d'un chapelet.

Le plus souvent, il existe une transition entre les points où l'intestin a gardé son volume normal et ceux où la dilatation est maxima ; de sorte que, si on vient à ouvrir l'intestin, on constate par sa face interne une véritable disposition en entonnoir. Quelquefois aussi cette transition est effacée et, au-dessus de l'intestin, on observe un renflement considérable donnant l'impression d'un véritable ballon.

Les dimensions que peuvent atteindre les dilatations sont considérables, puisque les anses emplissent tout le ventre qu'elles distendent au maximum et masquent tous les organes abdominaux qui se trouvent cachés derrière elles. C'est ainsi que, dans le cas que nous rapportons, à l'ouverture du ventre, on vit deux énormes sacs qui firent brusquement irruption comme un ressort qu'on aurait décomprimé.

Les comparaisons qu'ont données les différents auteurs du mégacôlon peuvent renseigner déjà sur le volume vraiment très considérable qu'il peut atteindre, puisque Trêves n'hésite pas à comparer les deux segments d'intestin dilaté, dans e cas qu'il rapporte, à une cuisse et à une jambe fléchie, et qu'on retrouve souvent, dans les observations publiées, les phrases suivantes : « L'intestin était si dilaté qu'il atteignait les proportions d'un intestin de bœuf » ; d'autres encore le comparent « à un intestin d'adulte, à une véritable cornemuse ».

Dans le cas que nous rapportons, on pourra facilement se convaincre des dimensions gigantesques qu'atteint le côlon pelvien, puisque la circonférence,

au point le plus dilaté, mesure 55 centimètres ; dans le cas de Banks, elle atteignait 66 centimètres.

Quant au contenu, il est toujours constitué par des matières fécales très durcies simulant de véritables tumeurs d'une dureté parfois ligneuse. Ces stercocomes, ces fécalomes, comme on les appelle encore, pour bien montrer qu'il s'agit de véritables tumeurs, emplissent tout le segment dilaté qui, pour ainsi dire, se trouve moulé sur elles et peuvent atteindre des poids considérables, puisque Tuffier, dans son observation, dit qu'il a extrait un fécalome de 1 kilo. 500. Cadet extrait un bol fécal de 3 kilos. 500. Morestin rapporte, dans son observation, qu'il s'écoule 6 litres de liquide et Fülterer, dans un cas, extrait 16 litres de matières.

Ces faits sont vraiment impressionnants et expliquent la distension formidable du ventre chez les enfants atteints de mégacôlon et, en période d'obstruction, leur ventre atteint un volume considérable et une déformation que n'atteindraient jamais les plus gros kystes de l'ovaire ou les péritonites tuberculeuses aux stades les plus avancés.

Et cependant, il n'y a pas de rétrécissement de l'intestin entre le segment dilaté et l'intestin normal ; il n'y a pas de dispositions valvulaires et cela, Hirschsprung y insiste si bien dans sa belle description du mégacôlon idiopathique, qu'on serait tenté de distraire de ces cas certaines observations où les auteurs signalent un rétrécissement intestinal ou une disposition valvulaire formée par un replis

muqueux. L'allongement de l'intestin qui accompagne toujours la dilatation peut atteindre parfois des dimensions considérables, puisque certaines portions peuvent doubler la longeur normale et, dans le cas que nous rapportons, L'S iliaque mesurait près d'un mètre.

D'autres auteurs signalent des allongements très grands ; Hirschsprung cite un côlon transverse d'enfant qui atteignait 17 centimètres.

Dilatation, allongement, épaississement des parois, voilà la triade symptomatique des modifications que subit l'intestin au cours du mégacôlon.

L'épaississement des parois est, en effet, constant, et à part certains cas qui ne sont que des exceptions et où l'intestin était aminci, toujours il y a épaississement et cet épaississement peut atteindre le triple de l'épaisseur normale de la tunique intestinale.

Marfan, dans son article très intéressant sur cette maladie, dit que l'épaisseur mesurait 2 centimètres, c'est-à-dire presque trois fois l'épaisseur normale.

Aussi c'est ce caractère prédominant qui faisait décrire cette affection par les auteurs anglais et américains sous le nom de *Dilatatio et hypertrophy of the large bowell.*

Quant au reste de l'intestin, les modifications sont très variables comme on peut s'en rendre compte dans les observations que nous rapportons. Tantôt il y a un aspect absolument normal ; souvent cependant les auteurs signalent de la dilatation de l'estomac, de la dilatation du cœcum, de la dilatation de

l'iléon, avec ou sans hypertrophie des plaques de Peyer ; chez l'adulte, il est toujours normal. L'appendice peut être long, le péritoine lui-même peut être modifié, mais ce qui est constant, c'est l'allongement du méso-côlon correspondant au segment dilaté.

Les vaisseaux qui se rendent à l'hypertrophie sont très dilatés et allongés ; parfois ils apparaissent si gros qu'ils ont pu arrêter certains chirurgiens au cours de leur intervention.

LÉSION HISTOLOGIQUE

On sait que l'intestin est composé de trois couches de fibres musculaires, deux longitudinales et une circulaire, que la couche superficielle se renfle en trois points pour constituer les bandelettes du côlon au cours de la maladie de Hirschsprung ; ces différentes couches sont inégalement hypertrophiées et c'est presque toujours la couche circulaire qui présente le maximum d'hypertrophie.

Le tissu cellulaire sous-muqueux est plus abondant qu'à l'ordinaire.

Dans la muscularis mucosæ, ce qui domine en dehors de l'hypertrophie, c'est la présence de leucocytes en nombre très abondant et l'épaississement des vaisseaux.

La muqueuse, qui, avec la musculeuse, est la tunique la plus altérée par la maladie, présente tantôt de larges ulcérations, tantôt de véritables pointillés hémorragiques avec foyers ecchymotiques, tantôt, au contraire, sur toute la surface, il existe une série de petites ulcérations, très petites à la vérité, mais si nombreuses et si profondes qu'elles peuvent

altérer la musculeuse et qu'en certains points l'intestin n'est plus représenté que par la séreuse. Ce sont ces altérations qui expliquent souvent la présence de péritonites apparaissant comme épisode terminal de cette maladie.

L'épithélium en certains points a disparu, il n'en reste plus que la couche musculaire et séreuse.

En résumé, ce sont des lésions de côlite diffuse qu'on observe sur ce gros intestin dilaté.

ÉTIOLOGIE

Sans vouloir faire une statistique et surtout un pourcentage de cette affection suivant les âges, nous devons cependant mentionner certains points intéressants qui caractérisent la fréquence de cette maladie suivant les âges.

Et tout d'abord un point important et qui pourra aider à préciser la pathogénie de cette affection, c'est que c'est une *maladie de l'enfance* dans une notable proportion. En effet, dans les observations signalées, ce sont presque toujours des enfants ; dans l'observation que nous rapportons, il s'agit d'un adulte.

Le sexe joue un rôle important, puisque ce sont presque toujours des hommes et des garçons, puisque sur 149 cas, 120 étaient du sexe masculin et 29 des filles ; dans les 45 cas de Duval, 36 hommes et 9 femmes.

S'agit-il, pour expliquer cette prédilection chez le sexe masculin, de dispositions différentes du bassin dans les deux sexes ; cela est possible, sans qu'on puisse à la vérité donner de gros arguments en faveur de cette hypothèse.

Signalons aussi ce fait, c'est que le mégacôlon est une maladie de l'enfance, mais non une maladie qui existe à la naissance, car on n'a pas rapporté d'exemples chez des nouveau-nés.

Certaines influences peuvent favoriser peut-être le développement de la maladie, la naissance avant terme ; le côlon est en effet incomplètement développé, ce qui favoriserait dans la suite la distension et aussi l'allongement.

De même, sans qu'on puisse dire, à proprement parler, qu'il s'agit d'une affection congénitale et caractérisée par une anomalie de développement, il n'en est pas moins vrai que, chez certains sujets, on a pu constater certaines autres malformations.

L'alimentation joue certainement un rôle dans l'éclosion de la maladie; c'est ainsi que, presque toujours, au moment où les enfants changent d'alimentation et particulièrement, au moment du sevrage, apparaissent les premiers symptômes, peut-être favorisés par la constipation provenant elle-même du changement de régime.

Lœper pense qu'il faut faire jouer un grand rôle aux lésions de côlite ; celles-ci favoriseraient et l'épaississement et l'hypertrophie et l'allongement de l'intestin et ce qui semblerait lui donner raison, c'est que chez les adultes porteurs de cette maladie, on retrouve très souvent la syphilis et l'alcoolisme.

Enfin, signalons la coexistence de la maladie de Hirschsprung et de la paralysie infantile, soit que les troubles gastro-intestinaux observés aient été

sous la dépendance de la paralysie ou soit que la sangle musculaire abdominale se soit laissée facilement distendre et ait permis la distension intestinale; comment alors expliquer et l'hypertrophie et l'allongement?

PATHOGÉNIE

En raison de la diversité des cas de mégacôlon qui ont été observés et publiés, de nombreuses hypothèses ont été faites et ont suggéré de nombreuses théories intéressantes.

Première hypothèse

Dilatation congénitale du côlon suivie seeondairement de l'hypertrophie colique. — Cette théorie est défendue par Hirschsprung, Mya, Neugebauer. Ces auteurs pensent que le mégacôlon est dû au fait qu'un segment intestinal prend un développement plus considérable et anormal ; ils assimilent ce phénomène aux anomalies de développement qu'on rencontre parfois dans l'œsophage et dans l'estomac ; cette dilatation congénitale entraînerait d'importantes modifications dans le cours des matières, modifications expliquant la coprostase. Genersicht admet lui aussi une dilatation congénitale, mais il pense que l'hypertrophie de la paroi est primitive, que la stase fécale ne fait que contribuer à son

accroissement et que c'est au moment où se fait la délimitation entre l'intestin grêle et le gros intestin que ce dernier, par anomalie de développement, se développerait considérablement et donnerait la déformation observée au cours de la maladie de Hirschsprung.

Pour Neugebauer, l'anomalie de développement porterait non seulement sur l'allongement, mais encore sur l'épaisseur qui serait exagérée.

De même pour Mya, qui pense qu'il s'agit d'une malformation congénitale avec épaississement des parois.

Pour Pierre Duval, la dilatation est congénitale ou fonction plus ou moins tardive d'une malformation congénitale ; la malformation consiste dans l'hypertrophie conjonctive de la paroi colique et secondairement apparaît l'hypertrophie musculaire et côlite interstitielle.

Deuxième hypothèse

Dilatation secondaire due à la présence dans le gros intestin d'obstacles divers. — Ces obstacles sont très différents suivant les auteurs ; c'est ainsi que Fenwich admet soit une coudure du côlon pelvien, soit la contracture du sphincter anal, soit un rétrécissement congénital de l'intestin ; d'autres mettent en cause la constipation habituelle.

Trèves pense qu'il ne s'agit que de cas de disten-

sion mécanique au-dessus d'obstruction incomplète ; Perthes pense qu'il s'agit toujours d'une rétro-dilatation au-dessus d'un obstacle valvulaire.

Blanc et Charlot admettent en principe qu'il ne peut pas y avoir de dilatation idiopathique et qu'il s'agit toujours de rétro-dilatation en amont d'un obstacle mécanique quelconque. De même, Beaumet admet que cette dilatation est toujours due à une compression ou à un rétrécissement.

Troisième hypothèse

Le mégacôlon serait secondaire à la constipation habituelle. — Marfan, qui s'est fait le défenseur de cette théorie, estime que la constipation congénitale est en rapport avec les inflexions et les flexuosités de l'anse sigmoïde et que là il y aurait séjour plus prolongé des matières dans cette portion de l'intestin ; que la distension serait due à la présence de nombreux gaz ; quant à l'épaississement des parois, il résulterait d'une véritable hypertrophie de compensation à laquelle viendrait encore s'adjoindre l'hypertrophie par côlite interstitielle.

Quatrième hypothèse

L'anse sigmoïde est anormalement longue et flexueuse. — Cette théorie est soutenue par Jacobi, Broabdent.

Cinquième hypothèse

Le mésentère ayant une longueur anormale il peut se produire une torsion du mésocôlon pelvien. Cette théorie défendue par Barth et Schuckmann peut se ramener à la précédente, puisque la longueur du mésentère est fonction de l'excès de longueur de l'anse.

Sixième hypothèse

Aplasie musculaire congénitale suivie ultérieurement de détention musculaire. — Cette théorie est défendue par Poncetti. Cet auteur envisage que le segment dilaté ou hypertrophié ne l'est qu'en raison de l'hypoplasie ou de l'aplasie du segment sous-jacent : aplasie d'où résulte le ralentissement des matières.

Septième hypothèse

Théorie de l'anomalie dans l'innervation côlique entraînant un affaissement dans la tonicité de cet organe. — Hawkins se rangeant à cette idée appelle l'affection qui nous occupe « dilatation et hypertrophie névropathique ». Suivant cet auteur, l'anomalie des troubles de l'innervation côlique provoque une diminution d'énergie des mouvements péristaltiques

et consécutivement la constipatiou et la distension du gros intestin.

HUITIÈME HYPOTHÈSE

Spasmes coliques comparables à ceux qui peuvent survenir au niveau du pylore et du cardia. — Cette théorie est défendue par Fenwick, qui veut voir dans les petites ulcérations que nous avons signalées la cause des différents troubles. Ces petites ulcérations provoqueraient de la contracture réflexe, d'où dilatation et distension secondaires ; il se passerait là le même phénomène sur lequel Soupault et Hartmann ont attiré l'attention pour expliquer la sténose consécutive à l ulcère pylorique.

NEUVIÈME HYPOTHÈSE

Certains cas de mégacôlon ne seraient primitivement que des microcôlons progressivement forcés et dilatés. — Cette théorie a été soutenue par Okinczik ; il fait intervenir dans la production du mégacôlon la formation d'un volvulus au moment où l'intestin est encore en voie de développement ; il en résulte une torsion de l'axe vasculaire d'où la production par athrésie d'un microcôlon. Celui-ci peut être ultérieurement l'objet d'une dilatation toute passive et progressive réalisant la formation d'un mégacôlon.

En résumé, de toutes les théories que nous venons d'exposer, il n'en est pas une qui puisse expliquer à elle seule d'une façon satisfaisante les différentes lésions anatomiques que nous avons signalées comme caractérisant le mégacôlon; aussi il nous semble que pour la production de ces troubles, il faut faire intervenir certaines malformations congénitales, malformations qui ne peuvent qu'être transitoires au cours de la vie intra-utérine et échapper à notre investigation, ou bien malformations qui peuvent persister jusqu'au moment de la naissance et que nous pouvons constater. Ces malformations congénitales ne sont pas suffisantes pour constituer à elles seules toute la maladie, et c'est seulement à leur faveur que se développent les autres signes, ce qui nous fait dire que la maladie de Hirschsprung n'est pas à proprement parler une maladie congénitale, mais que nous la considérons comme une affection pseudo-congénitale.

SYMPTOMES

C'est très souvent à l'occasion d'une autre maladie qu'il a été donné aux auteurs d'observer la maladie de Hirschsprung chez leurs petits malades. Tantôt, en effet, c'est au cours d'une maladie intercurrente et entre deux crises de distension que les malades sont observés ; tantôt, le plus souvent, c'est pour des phénènes de constipation et de distension que les médecins sont appelés ; d'autres encore virent leurs malades, appelés pour des crises de dyspnées, mais, le plus souvent, c'est pour des phénomènes de distension abdominale que les parents viennent consulter.

Le fait que nous rapportons vint à notre examen tout à fait par hasard ; il s'agissait d'une malade présentant des troubles mentaux et qu'on nous montra comme un aerophage des plus remarquables.

Mais c'est ordinairement pour la constipation et la distension du ventre que nous observons ces malades.

Constipation et distension abdominale ne manquent jamais ; ajoutons à cela un symptôme objectif, les mouvements péristaltiques, et nous aurons ainsi

établi le triade symptomatique de la maladie de Hirschsprung.

La constipation est opiniâtre, très marquée, les enfants restent plusieurs jours sans aller à la selle, c'est une constipation qui apparaît dès la naissance, souvent même ces enfants rendent très anormalement leur méconium.

Il n'est pas rare de voir relater dans les différentes observations que nous avons sous les yeux des enfants qui n'ont qu'une selle toutes les semaines ; on a signalé des cas où cette constipation était encore plus tenace, puisqu'on a signalé des faits de constipation de cinq à six semaines.

La distension abdominale qui accompagne cette constipation et dont elle dépend est considérable ; à la naissance, elle peut déjà être marquée (Hobbs) et gêner l'accouchement. Elle apparaît en général dès les premiers jours de la vie.

Elle est *symétrique*, tout le ventre est ballonné à l'excès ; ce ballonnement est tellement marqué parfois, que le ventre semble masquer la racine des cuisses et remonter au-dessus de l'épigastre.

Souvent il est possible de constater que cette distension est plus marquée d'un côté, et particulièrement le flanc gauche est très dilaté en raison même de la préférence de distension du côlon pelvien.

La distension est tellement considérable que dans un cas de Griffiths les parents redoutaient, comme ils disaient, que le ventre ne crevât. D'autres fois l'abdomen est distendu comme un ballon. Certains malades

exploitaient même cette difformité, et se montraient dans les fêtes foraines ; un entre autres y était connu sous le nom « d'homme ballon » ou de « sac d'air ».

Le troisième symptôme consiste dans l'exagération des mouvements péristaltiques. On voit en effet sous le ventre très distendu à l'excès, des ondes se glisser toujours dans le même sens, tantôt spontanément ; tantôt on est obligé, pour les observer, de les provoquer à l'aide de petites pichenettes qu'on imprime à la paroi abdominale ; souvent même il faut une impression encore plus grande pour les provoquer et celles-ci n'apparaissent qu'après un massage léger du ventre.

Presque toujours il est possible de les provoquer, mais ce qu'il faut savoir aussi, c'est que chez certains malades ces mouvements péristaltiques provoquent des douleurs assez vives.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX

La maladie de Hirschsprung ne s'accompagne jamais de fièvre ; les seuls cas observés au cours desquels on a signalé de la température sont sujets à revision, et il nous semble que cette pyrexie était due beaucoup plus à des maladies intercurrentes comme la bronchopneumonie, qui est souvent l'épisode terminal de la maladie, quelquefois aussi due à l'ictère ou à la cachexie progressive.

Le pouls, à part quelques cas où on a signalé un

ralentissement considérable, est en général accéléré et il n'est pas rare d'observer avec une température normale 100, 120 et même 140 pulsations.

Le cœur est souvent refoulé par l'anse dilatée qui repousse le diaphragme dans la paroi thoracique et par suite la pointe du cœur bat plus haut que le cinquième espace intercostal. Souvent même la compression des organes thoraciques provoque des palpitations et, dans un cas de Favalli, on signalait une certaine faiblesse du cœur.

De même cette compression cardio-pulmonaire peut entraîner, et les faits sont fréquents, des phénomènes de gêne respiratoire qui se traduisent par une dyspnée plus ou moins grande et toujours assez prononcée. Certains de ces malades ne peuvent rester dans la position horizontale sans avoir des crises d'étouffement, aussi passent-ils toute leur journée assis dans un fauteuil ; de même tout effort, la marche même, exagère cette dyspnée qui fait de ces malades de véritables infirmes.

Les *troubles digestifs* qui accompagnent souvent la maladie de Hirschsprung sont très variables suivant les malades ; on signale dans beaucoup d'observations la perte d'appétit, mais cette diminution d'appétit doit-elle être mise sur le compte de la maladie elle-même ou vaut-il mieux y voir une certaine réserve des malades qui se sentent encore plus ballonnés après le repas quand la distension stomacale vient encore s'ajouter à la distension intestinale ?

Enfin signalons les troubles psychiques qui accom-

pagnent ces états intestinaux et qui peuvent aller depuis la simple mauvaise humeur jusqu'à la mélancolie la plus profonde ; et nous sommes heureux de rappeler ici que la malade dont nous rapportons l'observation avait été observée dans un service d'aliénés et, à la vérité, nous pensons qu'il s'agit là d'une simple coïncidence, car la disparition de l'affection n'a pas rendu à cette malade la guérison définitive de son état mental.

Formes

Nous avons vu que l'âge du malade était un facteur important dans l'éclosion et le développement de la maladie de Hirschprumg ; l'âge peut encore imprimer à la symptomatologie de cette affection certaines modifications dans l'évolution et l'intensité des symptômes, c'est ce qui explique que les formes décrites de cette maladie aient été divisées suivant l'âge.

1° Chez le nouveau-né et chez l'enfant jusqu'au sevrage, la meilleure description symptomatologique de cette affection nous a été fournie par la très belle description qu'en donne Hirschsprung lui-même, et nous ne pouvons mieux faire que de la reproduire ici. « Un enfant naît absolument sain en apparence, on le met à la mamelle, il prend le sein de bon gré et garde ce qu'il a reçu ; au bout d'un jour, on s'inquiète de ne pas voir sortir le méconium et pour-

tant l'enfant a reçu un ou plusieurs purgatifs ordinaires. On envoie chercher le médecin ; à l'examen, il trouve l'anus perméable. Le doigt est facilement introduit dans le rectum, et, en le retirant, un peu de méconium se montre. Il n'y a pas de quoi s'inquiéter. On ordonne encore un clystère qui agit un peu, mais insuffisamment. Malgré tout, l'enfant est agité, ne dort plus que d'un sommeil interrompu et un nouveau symptôme apparaît. Jusqu'ici, l'état de l'abdomen n'a pas attiré l'attention ; maintenant, on voit qu'il est volumineux, distendu et présente évidemment tous les signes d'une pression intra-abdominale considérable, qui gêne même bientôt la respiration et la circulation. Le danger peut être momentanément écarté par une thérapeutique active et éclairée, qui provoquera l'évacuation des gaz et des excréments amincis. Mais la même scène peut bientôt se répéter, jusqu'à ce que l'enfant succombe finalement par suite des obstacles à la fonction des organes de la poitrine ou par marasme, suite d'une nutrition incomplète et de l'empoisonnement par la putréfaction des matières fécales. »

Mais la maladie peut suivre un autre cours ; si l'entourage a su prévenir le danger menaçant par une intervention opportune, la situation pourra s'anéliorer et la vie durer longtemps, quoique toujours dans des conditions assez pénibles. L'abdomen sera toujours plus ou moins volumineux, ses fonctions étant plus ou moins embarrassées.

Dans tous les cas, parmi les symptômes négatifs

je signalerai que les vomissements sont nuls, que le mouvement péristaltique n'est pas trop prononcé et qu'il n'y a pas, à ce qu'il me semble, de grandes douleurs. »

Nous voyons que chez l'enfant c'est surtout la rétention de méconium qui doit attirer l'attention ; la diarrhée n'apparaît en effet que comme symptôme terminal de la maladie ; les mouvements péristaltiques sont visibles ; on peut arriver à les délimiter nettement ; les vomissements, qu'on n'observe qu'à cet âge, ne sont pas exceptionnels, ils sont muqueux, quelquefois composés de débris alimentaires, quelquefois même on a signalé des vomissements fécaloïdes.

Les douleurs constituent un signe de peu de valeur, étant donné l'âge du malade ; enfin on a signalé la diastase du muscle droit de l'abdomen.

2° Chez l'enfant, la constipation dont on triomphait difficilement déjà, malgré les lavements et les purgatifs, ne fait que s'accentuer, elle est interrompue par des débâcles diarrhéiques très abondantes et très fétides. Après chaque débâcle le ventre s'affaisse, la constipation se réinstalle et le ventre recommence à grossir.

Les douleurs abdominales sont très violentes, les vomissements fréquents mais pas constants, les mouvements peristaltiques sont très visibles, à tel point que Concetti a pu déterminer le volume et la longueur d'une anse ectasiée. Les crises d'obstruc-

tion s'accompagnent souvent d'éruptions cutanées (érythème, prurigo), Enfin,on a pu observer à cet âge, chez des enfants qui avaient eu des vomissements abondants, de véritables crises de tétanie qui semblaient dues à la déshydratation et à l'auto-intoxication due à la coprostase ; l'amaigrissement est rapide ; rappelons ici que le déplacement des organes est fréquent chez l'enfant. Guinon et Reubsaët ont signalé le refoulement du diaphragme. Futterer et Middeldorpf ont vu le cœur dévié et battre dans le troisième espace intercostal.

3° Chez l'adulte. Ce qui différencie la maladie de Hirschsprung chez l'adulte, c'est la formation de véritables tumeurs constituées par des matières fécales ; ces tumeurs sont rencontrées effectivement dans la plupart des cas, elles sont généralement uniques, peu douloureuses à la pression, dures comme la pierre ou, au contraire, molles comme du mastic ; elles gardent souvent l'empreinte du doigt, leur volume est important puisqu'on le compare à celui d'une tête de fœtus à terme ; elles sont mates à la percussion et disparaissent par les évacuations, les lavages intestinaux et les massages, mais elles se reforment ultérieurement dans bien des cas.

La distension adbominale peut être énorme ; c'est, en effet, chez l'adulte qu'on observe le plus fréquemment les crises d'obstruction intestinale.

La constipation est aussi très marquée et il est fréquent d'observer qu'elle date de l'enfance ; elle est

souvent entrecoupée de périodes de diarrhée coïncidant avec des poussées de colite aiguë.

Enfin, signalons des troubles du côté du rein qui se traduisent par de l'oligurie, de l'albuminurie, de l'indicanurie.

DIAGNOSTIC

Très souvent, alors même qu'on a observé la triade symptomatique classique de la maladie de Hirschsprung, savoir : constipation, distension abdominale et mouvements péristaltiques, on ne fait pas le diagnostic de mégacôlon ; souvent, en effet, ces malades arrivent à notre examen à une période avancée de la maladie et pour des troubles d'occlusion aiguë qu'on traite sans en avoir trouvé ni reconnu la cause.

Souvent même, après un examen approfondi, n'arrive-t-on pas à un diagnostic exact, car nombre d'affections peuvent simuler celle-ci qui, en plus, à l'excuse des auteurs qui se sont trompés, est de date récente et les faits assez peu nombreux encore pour que l'attention soit attirée immédiatement vers ce diagnostic.

Chez l'enfant, en effet, le rachitisme peut être souvent la cause d'erreur : le gros ventre que présente ces enfants, dans tous les cas, n'est pas aussi distendu qu'au cours du mégacôlon et surtout on n'observe pas cette période de constipation aussi prolongée et les autres stigmates du rachitisme

aideront encore au diagnostic, stigmates qu'il faudra rechercher avec grand soin, tels que la persistance des fontanelles, les saillies des fosses frontales, le nouures au niveau des membres, les déformations osseuses, les gouttières costales, les saillies des articulations chondro-sternales constituant ce que les auteurs ont décrit sous le nom de chapelet rachitique ; enfin, la déformation du thorax en carène. Mais nous nous étonnerons moins des erreurs d'interprétation qui ont pu être commises quand nous aurons dit que, dans certains cas, la maladie d'Hirschsprung apparaît chez des enfants porteurs de stigmates rachitiques.

Marfan a signalé dans un remarquable article, dans *la Revue des maladies de l'enfance*, la saillie énorme du ventre chez certains dyspeptiques ; l'abdomen chez ces derniers peut être tellement dilaté qu'il peut en imposer pour un mégacôlon congénital ; mais ce diagnostic ne nous retiendra pas longtemps, quand nous aurons précisé les caractères du ventre dyspeptique et qui sont les suivants :

Ventre flasque.

Son tympanique à la percussion.

Diarrhée verte.

Certains malades névropathes, qui ne sont, en réalité, que des aérophages, peuvent, à volonté, si nous pouvons nous exprimer ainsi, se gonfler le ventre en avalant de l'air ; mais, chez ceux-ci, les selles sont régulières et on n'observe jamais de phénomènes de constipation opiniâtre comme dans les cas de mégacôlon. De plus, si la distension est grande, qu'on

puisse observer des mouvements péristaltiques, tous ces phénomènes disparaissent rapidement après une débacle de gaz et nous ne pouvons mieux faire préciser ces faits que de rapporter le cas remarquable communiqué par M. Variot.

Chez l'enfant, il est une affection qu'il est fréquent d'observer et qui présente de nombreux points de ressemblance avec le mégacôlon congénital, c'est la péritonite tuberculeuse.

Ses trois formes ascitiques, fibro-caséeuses et fibro-adhésives, présentent des signes qui peuvent prêter à erreur avec la maladie de Hirschsprung.

Dans la forme ascitique, le point de ressemblance, c'est le gros ventre.

Dans la forme caséeuse, le point de ressemblance, c'est la présence de masses abdominales qu'on peut prendre pour l'anse dilatée.

Enfin, dans la forme fibro-caséeuse, le point de ressemblance, ce sont les phénomènes d'obstruction.

Comment pouvons-nous éviter ces erreurs ?

1° *Forme ascitique.* — La péritonite ascitique s'accompagne toujours d'élévation de température au début, ce qui est exceptionnel dans la maladie de Hirschsprung. La présence d'ascite manque toujours dans la maladie de Mya. Il est fréquent d'observer, dans la péritonite tuberculeuse, des phénomènes de tuberculose pleurale que nous n'observerons jamais au cours de l'évolution d'un mégacôlon. Enfin, rappelons qu'il y a un balancement constant entre les phénomènes d'ascite et de pleurésie.

2° *Forme fibro-caséeuse.* — Dans la forme fibro-caséeuse, sans doute, on observe des alternatives de constipation et de diarrhée comme dans le mégacôlon congénital, mais l'examen du ventre et la percussion, en particulier, révèlent toujours la présence d'une matité en damier qui ne retiendra pas longtemps le diagnostic hésitant. La présence d'un foie volumineux et de sueurs nocturnes abondantes plaideront en faveur d'une tuberculose péritonéale.

3° *Forme fibro-adhésive.* — Dans la forme fibro-adhésive, on sentira encore des masses dures disséminées çà et là à l'intérieur du ventre, s'accompagnant de phénomènes d'obstruction, mais pas de distension abdominale (symptôme primordial du mégacôlon), au contraire un ventre rétracté (ventre en bateau) est dû à la présence de brides cloisonnant l'abdomen et rattachant la paroi abdominale antérieure à la paroi postérieure.

Dans l'invagination intestinale qu'on observe aussi chez l'enfant, il existe des vomissements alimentaires, puis bilieux, qui manquent dans le mégacôlon. De plus, l'invagination intestinale s'accompagne de selles muco-sanguinolentes et, à la palpation, on peut sentir dans le flanc droit une tumeur, celle-ci très mobile, bien limitée (boudin d'invagination), signes différents de ceux observés au cours de la maladie de Hirschsprung.

Chez l'adulte, l'occlusion intestinale a été souvent confondue avec la maladie de Hirschsprung et bien

souvent certains auteurs ont opéré d'urgence, pour des troubles d'occlusions, des malades porteurs de mégacôlon. C'est dire que la symptomatologie de l'un est calquée sur les signes de l'autre : toutefois, dans les observations que nous avons parcourues, nous n'avons jamais relevé un symptôme qui ne manque jamais dans l'occlusion : la présence des vomissements fécaloïdes. Aussi, ce signe à lui seul, lorsqu'il aura été constaté, lèvera tous les doutes.

Les tumeurs de l'intestin seront facilement distinguées de l'affection qui nous occupe en ce sens que ce sont de petites tumeurs qui s'accompagnent d'hémorragies, de douleurs et de troubles de la défécation. Ce n'est qu'à la période d'obstruction que le cancer de l'intestin pourrait en imposer pour un mégacôlon : mais tout le passé, l'histoire antérieure de la maladie, les examens radioscopiques et radiographiques, le toucher rectal fourniront des renseignements utiles et lèveront tous les doutes.

Chez la femme, il est une affection qu'il est fréquent d'observer et qui peut, à une période de son évolution, par la déformation qu'elle imprime à l'abdomen, présenter des caractères rappelant le mégacôlon, c'est le kyste de l'ovaire, et particulièrement le kyste dermoïde qu'on observe chez les jeunes ; mais ici tout le ventre est mat, la palpation bi-manuelle nous montre l'existence d'une tumeur qui fait saillie jusque dans le cul-de-sac postérieur, indépendante de l'utérus, mais appartenant aux annexes. Certaines tumeurs malignes de l'ovaire

(sarcome, épithélioma) pourraient faire croire à l'existence d'un mégacôlon, mais celles-ci s'accompagnent toujours d'ascite qu'on n'observe jamais dans la maladie de Mya.

En résumé, le mégacôlon est une affection dont le diagnostic est en général facile, si chez un malade, comme le dit Guinard, on pense à cette affection et qu'on complète la triade symptomatique observée avec la série de moyens que nous allons étudier maintenant.

Tout d'abord le toucher rectal et vaginal chez la femme qui permettra de reconnaître toutes les affections de cet organe et les tumeurs des organes génitaux.

Procédés techniques

Injection de lait de bismuth (*Guinon*). — On injecte une quantité de ce liquide et si celui-ci n'est éliminée que cinq ou six jours après en donnant aux selles une coloration noirâtre, c'est qu'il existe une dilatation considérable au niveau du gros intestin. De même, on pourra voir, après injection de ce même liquide sous l'écran radioscopique, une énorme dilatation.

Les lavages intestinaux peuvent rendre des services dans le diagnostic de la maladie ; lorsqu'ils arrivent difficilement à sortir et que leur évacuation se fait d'une façon incomplète, on peut penser qu'il existe un obstacle causé par la présence d'un stercorome.

On pourra faire la radiographie en introduisant, au préalable dans l'intestin, un mandrin métallique revêtu d'une sonde en caoutchoue rouge.

Enfin,on peut encore employer la diaphanoscopie et la rectoscopie supérieure.

Marche. — Durée. — Terminaison

Malgré les différents traitements dirigés en vue de traiter le mégacôlon, la mortalité reste considérable puisqu'elle s'élève de 60 à 63 o/o.

En effet, étant donné les troubles profonds qui se produisent dans l'organisme, en raison même des troubles de nutrition tributaires des phénomènes intestinaux,on comprend que, de jeunes sujets soient souvent enlevés par un maladie intercurrente dont la broncho-pneumonie est la plus fréquente, ou la grippe ou la rougeole. Mais les principales causes de la mort sont l'obstruction intestinale et la côlite ulcéreuse s'accompagnant de péritonite.

La marche est surtout rapide dans tous les premiers temps de la vie et au moment de la période du sevrage. Les enfants succombent dans un état de cachexie et d'amaigrissement.

Chez l'adulte, l'évolution est différente; si, chez l'enfant, la maladie revêt surtout une marche rapide et un caractère aigu, chez l'adulte elle présente quelque cas rares où la mort a été subite ou presque

subite, elle revêt plutôt chez eux des formes chroniques.

Chez l'adulte, on trouve deux grandes causes d'issue fatale, l'obstruction intestinale et la côlite aiguë. Le mécanisme de l'obstruction intestinale a été bien étudiée par Guinard et peut se produire suivant trois manières très différentes :

1° Le segment du côlon ectasié se développe comme un ballon et vient comprimer l'intestin au point de réunion des deux segments ;

2° La torsion du gros intestin avec un mésentère anormalement large ;

3° Enfin la distension exagérée du côlon, en accentuant les coudures hépatiques et spléniques, peuvent provoquer l'occlusion intestinale.

Enfin, signalons l'occlusion par stercorémie.

La colite aiguë qui intervient aussi dans une grande proportion comme cause de la mort (douze fois sur 55 décès) sera facilement dépistée par la fièvre, la diarrhée, et les douleurs vives.

Enfin, signalons l'asystolie et la pneumonie qu'on peut observer comme épisode terminal.

TRAITEMENT

Nous aurons surtout en vue le traitement de l'affection chez l'adulte, c'est dire que c'est surtout le traitement chirurgical que nous développerons en tâchant de montrer quelles sont les différentes interventions qu'on doit employer pour traiter le mégacôlon et surtout, nous nous efforcerons de montrer, suivant chaque cas, quelle est l'intervention qu'il convient de pratiquer.

Traitement médical

Tout d'abord, rappelons que certains malades ont dû leur guérison à la simple application d'une hygiène alimentaire raisonnée et combinée à l'administration de lavements fréquents et de massages abdominaux.

Tuffier pense que c'est par le traitement médical qu'il faut commencer pour traiter l'affection.

Duval, à qui nous devons la meilleure étude de cette maladie, pense que le traitement chirurgical doit n'être institué que si l'affection progresse et devient menaçante.

En quoi consiste le traitement médical ?

1° *Lavements.* — Ces lavements, donnés au moyen d'une sonde molle de Nélaton introduite dans le rectum et complétés par l'emploi de suppositoires au beurre de cacao et à la glycérine, pourront souvent amener l'évacuation ; mais, par contre, ils augmentent la distension intestinale et accentuent ainsi une disposition qu'ils ont pour but de combattre.

D'autre part, nous avons signalé dans l'anatomie pathologique que cette distension se faisait à la faveur de phénomènes de colite ; or, nous savons très bien que ces lavements ne font qu'augmenter l'inflammation intestinale.

Quoi qu'il en soit, certains auteurs ont amélioré leurs malades avec ce traitement qu'ils ont souvent combiné avec les grands lavages intestinaux et qu'ils ont donné régulièrement, quotidiennement, à la même heure et avec persévérance puisque, dans un cas rapporté par Frœlich, ils ont été administrés quotidiennement jusqu'à l'âge de six ans.

2° *Massage abdominal.* — Le massage abdominal aura surtout pour objet le côlon descendant et l'S iliaque. Il devra être très modéré et viser d'abord les muscles de la paroi ; puis comprendre des mouvements circulaires autour de l'ombilic, de façon à agir sur l'intestin grêle ; enfin, on terminera en massant le côlon depuis le cæcum jusqu'à l'S iliaque.

3° *Électricité.* — On aura fréquemment l'occasion d'appliquer le lavement électrique dans les cas

d'occlusion et suivant la technique inspirée par Boudet.

4° Dans le cas où on sentira une tumeur stercorale, on la malaxera de façon à la fragmenter et souvent on pourra à l'aide d'une sonde, évacuer les différents fragments ;

5° *Médicaments.* — La sulfate de strychnine et l'ésérine ont souvent donné de bons résultats, combinés aux laxatifs. Quant aux purgatifs drastiques, il faudra en être très réservé ; car ils peuvent amener des érosions des parois intestinales amincies et devenir la cause indirecte de perforation.

Traitement chirurgical

Si, dans certains cas, le traitement médical a donné des résultats encourageants, puisqu'il a pu prolonger la vie de certains malades, il n'a jamais été et ne sera jamais qu'un traitement palliatif; car il ne pourra pas agir sur l'un quelconque des trois caractères primordiaux du mégacôlon, savoir :

L'allongement de l'intestin ;

La distension ;

L'épaississement des parois.

Il n'en est pas de même du traitement chirurgical.

Nombre d'auteurs ont guéri définitivement leurs malades en pratiquant chez ceux-ci des opérations dont la variété est assez grande et que nous allons

passer dès maintenant en revue tâchant de préciser l'opération qui convient à tel ou tel cas.

1° *Ponction capillaire.* — Tout d'abord, on a pratiqué la ponction capillaire, soit directement à travers la paroi abdominale, soit précédée d'une laparotomie exploratrice. Il ne faut voir dans cette intervention qu'une opération palliative, car les différents cas rapportés ne comportent pas une amélioration de longue durée ; ajoutons à cela qu'elle n'est pas inoffensive car, comme le font remarquer Forgues et Reclus, on n'est jamais sûr que les gaz en haute tension ne feront pas sourdre une petite quantité de liquide septique à l'intérieur du péritoine.

2° *Laparotomie exploratrice.* — Madelung et Brentano ont préconisé la laparotomie simple et ont obtenu quelques succès, mais cette méthode n'a pas donné d'aussi bons résultats entre les mains d'autres auteurs qui la condamnent et la considèrent comme ne pouvant donner des résultats que si, le ventre ouvert, on la complète par le massage de l'intestin et le broiement des matières fécales ; et encore les résultats rapportés ne sont pas tous très heureux. Souvent la laparotomie n'a été pratiquée que comme traitement accidentel chez des malades observés au cours d'accidents d'occlusion aiguë, malades opérés *in extremis* et pour lequel le diagnostic n'avait pas été posé ; toutefois cette méthode donna un succès à Kredel qui put guérir son malade, mais, autant qu'on peut le savoir, cette guérison ne s'est pas maintenue.

3° *Colopexie.* — On voulut faire mieux et c'est alors que Wollmer, Roux de Brignoles tentèrent, pour amener une guérison entière et définitive, de faire des colopexies. Ils pensaient en effet que la portion de l'anse dilatée écrase la portion inférieure de l'intestin normal ; que de plus cette anse considérablement dilatée a tendance à se couder et à se tordre et qu'il suffit de soulever et de déplisser l'anse ditatée pour voir le cours des matières se rétablir. C'est alors qu'ils eurent l'idée de fixer l'intestin, l'un à la fosse iliaque, l'autre au niveau de l'angle côlique ; enfin Schwartz suture le côlon transverse à la paroi. Cette méthode donne, entre les mains de ces auteurs, des résultats satisfaisants puisque Wolmer revoit son malade douze ans après et que la guérison s'est maintenue et Schwartz, trois ans après, et son malade ne présente plus de troubles. Le seul inconvénient sur lequel insiste Duval, c'est de laisser sur le tube digestif un segment dilaté de mobilité compromise.

Disons toutefois que, malgré cet inconvénient, la colopexie est une opération qui, chez les obstrués, rendra de grands services car elle ne comporte pas beaucoup de risques et elle donne des guérisons durables.

4° *Coloplicature.* — Cette opération consiste à passer des fils tout le long de l'anse dilatée et à réduire ainsi la lumière du canal. Cette méthode, sur laquelle a beaucoup insisté Pozzi, donne de bons résultats, et nous ne saurions trop la conseiller, à con-

dition toutefois de la compléter par une colotomie, car elle n'agit que sur la distension et n'a aucune action sur l'obstruction colique.

5° *Colotomie.* — La colotomie pratiquée par Brook, Hawkins et Tuffier a pour but d'extraire du côlon un fécalome et de faire une suture intestinale secondaire avec rétrécissement de la dilatation.

Cette méthode qui nous semble parfaite puisqu'elle s'adresse à toutes les modifications qu'a subies l'intestin au cours du mégacôlon, semblait devoir répondre à tous les desiderata, Malheureusement son application ne fut pas si heureuse que ce que semblait devoir faire espérer la théorie. En effet, elle comporte de gros aléas et, soit que sa technique ait été mal observée par les auteurs qui l'ont employée, toujours est-il que sur 5 cas elle a donné 2 morts. Brook guérit son malade mais la guérison pour être entretenue exigea un massage quotidien et un purgatif hebdomadaire. Tuffier après avoir extirpé le fécalome, constata une amélioration passagère, mais passagère seulement et qu'il fut obligé de compléter par une entéro-anastomose. Blanc fut plus heureux, et c'est à proprement parler la seule guérison que donna cette méthode, car les deux autres auteurs perdirent leur malade.

6° *Côlotomie.* — La côlotomie, qui fut pratiquée par Gourévitch et Wolmer, Schuckmann, ne peut être considérée que comme une opération d'urgence et le temps préliminaire d'une opération plus complexe. Malgré son apparence de bénignité les résul-

tats qu'elle a donnés sont mauvais. La mortalité en effet est considérable, car l'exécution en est difficile en raison même de l'immense dilatation intestinale, en raison de l'épaisseur considérable des parois et en raison de la tendance qu'à cette anse dilatée à s'extérioriser. Ajoutons à cela que c'est une opération qui crée une infirmité permanente et peut devenir chez certains malades, le point de dèpart de troubles psychiques (hypochondrie, mélancolie) qui les conduisent jusqu'à l'asile, prédisposés qu'ils sont déjà par leur maladie. C'est pourquoi certains auteurs ont préconisé l'appendicostomie, opération bénigne et plus rapide.

7° *Entéro-anastonose.* — Les inconvénients de toutes ces opérations semblaient devoir disparaître par l'anastomose qui fut tentée pour la première fois par Bureau. Elle consiste à anastomoser deux anses intestinales prises en deçà et au delà de la dilatation.

Six entéro-anastomoses furent pratiquées; il y eut cinq guérisons et une mort par péritonite. Lejars, Guinard et Moustin préfèrent anastomoser l'iléon avec l'anse sigmoïde et réaliser l'iléo-sigmoïdostomie. Cette méthode leur a donné trois excellents résultats; les seuls inconvénients, c'est que souvent ces malades ont une diarrhée incoercible et qu'on est obligé de les lavementer et de les purger afin que les matières ne refluent pas vers l'anse dilatée et ne constituent là une tumeur stercorale de gros volume sur laquelle on n'aura plus d'action. C'est en raison

de ces faits qu'on tenta de faire davantage et que l'on fit des résections intestinales.

8° *Résection intestinale.* — Duval et Grégoire résèquent toute l'anse dilatée et font des anastomoses latéraux-latérales pour rétablir le cours des matières. Dans l'observation de Duval, la colectomie est presque fatale ; dans l'observation de Picqué et Grégoire, il ne s'agit que d'une résection partielle, mais néanmoins, la portion enlevée représente un volume considérable, comme on pourra s'en rendre compte en lisant notre observation.

En résumé, de nombreuses opérations ont été proposées pour traiter le mégacôlon et remédier aux troubles que produit cette affection, et leur grand nombre montre que pas une seule ne répond à tous les desiderata, aussi nous avons montré les avantages et les inconvénients de chacune d'elles et nous pensons qu'elles ne doivent pas s'exclure l'une de l'autre ; que certaines d'entre elles peuvent donner de très bons résultats suivant les indications. Et pour cela nous diviserons en trois catégories les malades qui présentent la maladie de Hirschsprung ;

Les constipés ;

Les obstrués ;

Les porteurs de tumeur abdominale.

Chez les constipés, les opérations qui conviennent sont la colopexie, la coloplicature et l'exclusion par abouchement iléo-sigmoïdien.

Chez les obstrués, on s'adressera à la colotomie pour faire disparaître un stercorome ou à

l'entéro-anastomose pour rétablir le cours des matières.

Chez les porteurs de tumeur abdominale, c'est la colectomie qui sera l'opération de choix.

En résumé, il n'y a pas un traitement chirurgical de la maladie de Hirschsprung, mais il y a des traitements.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Ammon, *in* Duval.)

Dilatation du rectum, du côlon descendant et du côlon pelvien chez un fœtus de sept mois.

OBSERVATION II

(Ammon, *in* Duval.)

Autopsie d'un enfant mort peu de temps après la naissance, avec des dilations sacciformes du côlon descendant séparées par des points rétrécis. Dilatation sacciforme également au « point où le côlon descendant doit passer dans le rectum » (côlon pelvien).

OBSERVATION III

(Porro, *in* Gaujoux.)

Enfant de deux jours, cachectique. Pas d'élimination spontanée du méconium.

Anus imperforé et opéré. Mort au sixième jour.

Autopsie. — A l'extrémité du côlon, dilatation sacciforme très considérable remplie de gaz et de fèces. Muqueuse très rouge, enflammée. Malformations viscérales multiples.

OBSERVATION IV

Torrel (*Deutsch. Med. Woch.*, 1905, XXI, 344).

Enfant de deux jours.

Symptômes. — Signes d'ileus. Pouls très petit. Mort par obstruction.

Diagnostic. — Ileus.

Autopsie. — Circonférence du gros intestin : 45 centimètres. Le côlon présente deux brusques coudures. L'intestin grêle est uniformément distendu à l'exception du duodénum.

OBSERVATION V

(Billard, *in* Gaujoux).

Enfant de six jours. Dilation énorme du côlon. Poussée terminale de diarrhée. Léger ictère. Diarrhée abondante. Caehexie. Mort.

Autopsie. — Processus scléreux avancé au niveau de la muqueuse. Rien à l'estomac ni à l'intestin grêle. Vers la fin de l'iléon, la paroi intestinale commençait à s'épaissir. Elle devenait de plus en plus épaisse pour le rester dans toute l'étendue du côlon dilaté. Cet épaississement avait spécialement pour siège, la sous-muqueuse, épaisse d'une demi-ligne au moins, son tissu homogène.

OBSERVATION VI

H. Kœppe.

Fillette de trois semaines.

Première évacuation intestinale quatre jours après la naissance et par lavement. Plus tard, l'enfant n'a de selles que si on lui donne des lavements. Vomissements. A l'entrée, vomissements fécaloïdes.

Abdomen distendu. Avec le doigt, on provoque une évacuation rectale. On fait ensuite passer une sonde dont le retrait amène une seconde évacuation. Amélioration marquée.

Cinq jours après, l'enfant est ramenée : ventre énorme, cyanose de la face et des membres, respiration superficielle. Avec le doigt, on provoque une évacuation alvine, suivie d'une grande amélioration.

En trois semaines, quatre nouvelles crises identiques. A la dernière, mort avec phénomènes de péritonite.

L'intervention chirurgicale n'a pas été tentée en raison du très mauvais état de l'enfant.

Autopsie. — Dans le péritoine, liquide sale, fétide.

Gros intestin ayant le « volume d'un bras d'enfant ».

A la partie moyenne, l'S iliaque est perforé en trois places.

Rectum légèrement dilaté.

Épaisseur des parois du gros intestin : 1 mm. 5.

OBSERVATION VII

Hawkins (*Brit. med, Journal.*, 2 mars 1907).

Enfant âgé de trois semaines, né avant terme.

Symptômes. — Alternatives de constipation et de diarrhée. Vomissements, météorisme.

Diagnostic. — Malformation à l'union du côlon et du rectum.

Traitement. — Laparatomie exploratrice.

Mort deux jours après de broncho-pneumonie.

Anatomie pathologique. — 1° *Laparatomie :* Distension considérable du cæcum, des côlons ascendant et transverse.

2° *Autopsie.* — Lésions de broncho-pneumonie.

Du côté de l'intestin, absolument rien d'anormal.

OBSERVATION VIII

Bing (*Arch. f. Kinderh.*, 1906. LXXIV, 59.)

Enfant âgé de cinq semaines.

Symptômes. — Dès sa naissance, ventre volumineux. Selles rares. Dans la partie supérieure de l'abdomen, deux tumeurs se rencontrent dans un angle droit. Elles sont formées par les côlons transverse et ascendant.

Pouls rapide, mais faible.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Lavements.

Autopsie. — Grande dilatation du côlon, qui recouvre le foie.

Celui-ci est fortement repoussé. Quelques ulcérations sur le côlon.

OBSERVATION IX

(Pfistérer, *in* Gaujoux.)

Enfant, âgé de cinq semaines.

Constipation opiniâtre. Dilatation du côlon évidente.

Abdomen énorme très tendu. Anus artificiel. Mort.

Autopsie. — Côlon très distendu. On trouve une coudure de l'S iliaque vers le rectum avec un angle ouvert en avant. Si on pressait sur le segment du gros intestin au-dessus de la coudure. l'S iliaque se remplissait, venait se comprimer contre le bassin et se coudait encore davantage avec le rectum. Si on tirait en haut l'S iliaque, le contenu de l'intestin se vidait facilement par l'anus.

OBSERVATION X

Goppert (*in* Ganjoux)

Enfant de cinq semaines, chez lequel on a dû provoquer expulsion du méconium.

Le troisième jour, ballonnement abdominal ; pas de selles pendant huit jours ; ballonnement énorme. Rectum normal ; mais à une distance de 6 à 7 centimètres, le doigt s'arrête et ne peut avancer. Un peu de méconium, expulsion de gaz. L'abdomen s'aplatit, lavements.

Huit jours après, on réussit à introduire un drain au-dessus

de l'obstacle. On le laisse à demeure pendant quelque temps. Très grande amélioration. L'enfant prospère. Le drain n'est bientôt mis que très rarement. La constipation persiste, mais cède facilement.

OBSERVATION XI

Wilkie (*in Edimb. Med. Journ.* sept. 1909).

Garçon de cinq semaines.

Constipation et gonflement du ventre depuis la naissance.

Vomissements depuis deux jours.

Lavages quotidiens de l'intestin. Amélioration.

Dix jours après. Collapsus et mort.

Autopsie. — Tout le gros intestin est dilaté et hypertrophié, principalement la tunique musculaire.

Pas de rétrécissement du rectum.

Intestin grêle et pylore sain.

Foie gras. Broncho-pneunomie.

OBSERVATION XII

Ibrahim (*Deutsch. Med.* 1 *Whoc.*905. XXI. 905).

Enfant, âgé de huit semaines.

Symptômes.—Depuis l'âge de trois semaines, distension abdominale progressive. Respiration pénibfe. Mouvements péristaltiques. Anse sigmoïde nettement visible. Pas de constipation, deux selles par jour. Deux coudures brusques.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Massage, sonderectale. Amélioration.

OBSERVATION XIII

Mya (obs. I, *in* Duval)

Enfant de deux mois, qui, déjà à sa naissance, avait du météorisme et des vomissements. La première évacuation de méconium n'eut lieu que le deuxième jour et à l'aide de lavements. Le météorisme ne diminua pas après ceux-ci (circonférence abdominale : 45 centimètres à 56 cm. 5) et la constipation dure de cinq à dix jours.

La sonde rectale pénètre avec une grande facilité.

Après observation pendant six semaines, on perd de vue cet enfant.

OBSERVAVION XIV

Hirschsprung. (Obs. III *in* Duval)

Garçon, mort à deux mois et demi.

Pas d'évacuation intestinale depuis la naissance.

Le troisième jour après celle-ci, abdomen très distendu.

L introduction du doigt dans l'anus provoque l'expulsion du méconium.

Pas de selle spontanée, pas de diarrhée, abdomen distendu, sous la paroi, mouvements péristaltiques visibles. Distension progressive, l'état général décline. Mort.

Autopsie. — Distension du cæcum et des quatre parties du côlon. Les angles hépatique et splénique sont étroits.

Parois : colites hypertrophiées. Pas d'ulcération, pas de sténose.

Côlons partout remplis de matières.

OBSERVATION XV

Hirschsprung. (obs. V, *in* Duval).

Enfant, âgé de trois mois, n'ayant pas encore évacué son méconium le troisième jour; refuse le sein maternel.

Abdonem très dilaté, parois œdématiées. Un doigt introduit dans l'anus fait expulser le mécomium. L'enfant tète, mais ne va à la selle que si on lui donne de l'huile de ricin ou des lavements.

Météorisme. Anses intestinales visibles sous la peau.

Œdème cutané disparu et cicatrisation ombilicale parfaite au vingt-troisieme jour. Pas de vomisssements, hoquet fréquent.

Le poids augmente. L'exploration digitale montre que l'intestin est rempli de fèces dures qui sont mécaniquement évacuées.

Au troisième mois état misérable. Poids 2.500 grammes. Pourtant évacuation alvine spontanée et journalière. Apathie. Ballonnement abdominal constant. Anses intestinales très saillantes. Oligurie, légère albuminurie. Dans les derniers jours, apparition de vomissements ; l'enfant meurt à la fin du troisième mois.

Autopsie. — Segment inférieur de l'iléon légèrement dilaté et contenant des plaques de Peyer hypertrophiées. Cæcum dilaté et à parois épaissies. Côlon ascendant court, diminuant de volume à l'angle hépatique, dont les parois sont moins épaissies; la muqueuse en cet endroit présente des replis multiples.

Côlon transverse : 17 centimètres de long sur 11 centimètres de large, pas très épaissi. Sur la muqueuse, seulement quelques plis transversaux très espacés. Parois de l'angle splénique épaissies et dilatées.

Côlons descendant et pelvien très dilatés et très hypertrophiés : 24 centimètres de diamètre, 3 millimètres d'épaisseur.

OBSERVATION XVI

(Escherich, *Wiener klin. Woch.*, 1906, t. XIII, p. 55.)

Enfant âgé de trois mois et demi,

Symptômes. — Dès la naissance, ventre volumineux. Vomissements fécaloïdes. Constipation. Douleurs abdominales. Mouvements péristaltiques visibles. Diastase des muscles droits de l'abdomen. Soulagement après chaque selle.

Diagnostic. — Mégacôlon. Les rayons X montrent un côlon transverse considérablement distendu et une anse sigmoïde longue et distendue. Le foie et l'estomac sont refoulés.

Traitement. — Médical.

Autopsie. — Confirme les résultats de la radioscopie. Le côlon mesure 16 centimètres de circonférence.

OBSERVATION XVII

(Stirnimann, *Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1905, t. XXXV, p. 569.)

Enfant de trois mois et demi.

Symptômes. — Constipation remontant à la naissance. Distension abdominale, surtout à gauche, mais s'atténuant après évacuation. Pouls très rapide, respiration fortement accélérée. Ventre douloureux à la pression. Mort par obstruction.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Sonde. Lavements seuls efficaces.

Autopsie. — Côlon renfermant 1.700 centimètres cubes de matières.

S iliaque très dilatée. Long mésocôlon.

OBSERVATION XVIII

(Bittorf, *Munch. med. Woch.*, 1906, t. LIII, p. 265.)

Enfant âgé de quinze semaines.

Symptômes. — Constipation. Ventre volumineux. Tumeur dans l'hypocondre droit. Foie repoussé. Les selles font diminuer la tumeur.

Diagnostic. — (?)

Traitement. — Médical.

Mort de méningite.

Autopsie. — Hypertrophie et dilatation de l'anse sigmoïde. Étranglement à son extrémité inférieure.

OBSERVATION XIX

(Bertelsmann, 2e cas.)

Enfant de quatre mois dans un état misérable.

Vomissements fécaloïdes, ventre très distendu.

Un tube en verre introduit dans l'anus donne plus de deux litres de matières.

Quelques fissures et angiomes autour de l'anus. Guérison.

Diagnostic. — Maladie de Hirschsprung (??).

OBSERVATION XX (Résumée)

(M. Bar, in *Bull. Soç. Obstet.*, Paris, 1910, n° 4, p. 172.)

Petit garçon de quatre mois et demi. État général satisfaisant.

Depuis quelques jours volumineuse tumeur à la partie inférieure gauche de l'abdomen. Dès qu'on presse sur cette tumeur, cris de l'enfant.

Au-dessus de l'arcade de Fallope gauche, une masse volumineuse très dure en haut et en bas, moins dure sur la partie moyenne, où on perçoit de la crépitation neigeuse. Cette masse donnait l'impression du phlegmon ligneux ou de certaines tumeurs malignes. Le cordon spermatique était très œdématié. L'enfant urinait bien, mais avait plutôt de la diarrhée que de la constipation.

Quinze jours après cet examen, l'enfant revu est très amaigri. Même tumeur. Diarrhée incoercible, sans que jamais il y ait eu constipation. Mort quelques jours après.

Autopsie. — Adhérences péritonitiques entre la vessie et la partie inférieure de la dilatation colique, et d'autre part entre la paroi antérieure de celle-ci et la paroi abdominale.

Rectum non dilaté, mais très épaissi.

Au-dessus sac côlique avec sur sa partie moyenne et antérieure zone amincie. Diamètre transversal du sac, 6 centimètres, hauteur, 6 centimètres ; sur la partie latérale gauche du sac adhérence étroite du cordon spermatique. Au-dessus du sac le côlon descendant avait sur 8 centimètres une lumière étroite, au-dessous de cette région il était un peu dilaté.

Intestin grêle normal.

Dans le sac côlique, bloc de matières fécales dures, jaunes et très fétides. Ce bloc pesait 43 grammes et avait un volume de 33 centimètres cubes. Peu de matières fécales dans le reste du gros intestin.

OBSERVATION XXI

(Mya, obs. II *in* Duval.)

Enfant de six mois.

Depuis la naissance, distension abdominale et constipation. Lavements fréquemment retenus. Constipation depuis huit jours. Parfois vomissements, fièvre, diarrhée, agitation, dyspnée. L'enfant maigrit. Poids 4.100 grammes. Sous la paroi abdominale, on voit se mouvoir les anses dilatées. L'introduction facile d'une sonde anale provoque une émission de gaz très fétides. Au bout de quinze jours, mort par côlite aiguë.

Autopsie. — Gros intestin très hypertrophié par places, remplit totalement la cavité abdominale. Côlon irrégulièrement dilaté : côlons ascendant, descendant et pelvien, rectum supérieur : 5 centimètres : milieu du côlon transverse : 16 centimètres.

Muqueuse rouge, injectée, nombreuses ulcérations folliculaires, disparition des plis normaux.

Pas d'obstruction, ni de sténose.

OBSERVATION XXII

(Hirschsprung, obs. II *in* Duval.)

Garçon de sept mois, constipé depuis sa naissance. Selles seulement après purgatifs.

Pas de douleurs, pas de vomissements.

Abdomen parfois grandement distendu et cette distension augmente progressivement.

A six mois une ponction intestinale est faite au trocart sans incidents. Diarrhée et vomissements passagers. Abdomen énorme 56 centimètres de circonférence. Mouvements péristaltiques visibles. Diarrhée profuse. Amaigrissement. Mort au bout de quatre semaines.

Autopsie. — Côlons pelvien et transverse très distendus.

Hypertrophie des parois.

Ulcérations muqueuses.

OBSERVATION XXIII

(Anonyme *in* thèse de Le Calmé)

Enfans âgé de sept à huit mois.

Symptômes. — Constipation et météorisme depuis la naissance. Quelques selles spontanées. Le météorisme varie avec la constipation. Vomissements et souvent crises de coliques avec fièvre. Anses visibles.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Médical.

L'état ne se modifie en rien.

OBSERVATION XXIV

(Osler, obs. II *in* Duval.)

Enfant de sept mois et demi, souffrant depuis sa naissance de constipation et de météorisme ; n'a eu jusqu'à cet âge que cinq ou six selles spontanées.

L'exploration rectale permet d'affirmer l'absence de tout rétrécissement.

Le météorisme augmente parallèlement à la constipation. Vomissements. Souvent crises de coliques et fièvre. Mouvements péristaltiques visibles sous la paroi.

L'enfant est observé pendant sept à huit mois ; son état ne s'est nullement modifié.

OBSERVATION XXV

(Hirschsprung, obs. I *in* Duval.)

Garçon de huit mois, constipé depuis sa naissance, ne va à la selle que par lavements ; fèces de couleur et consistance normales. Bonne santé.

Abdomen modérément distendu. Rectum plein de scybales ; une selle en quatorze jours.

Le ballonnement du ventre disparaît par les évacuations. Vomissements.

Le ventre devient énorme ; diarrhée fétide très abondante. Mort à onze mois.

Autopsie. — Grande dilatation du côlon pelvien et spécialement du côlon tranverse. Parois hypertrophiées. Ulcérations muqueuses. Reste du côlon élargi ; rectum normal ; aucune sténose.

OBSERVATION XXVI

(Neugebauer, *Archiv. für Klin. Chir.*, 1907, B. 82, p. 503.)

Enfant âgé de neuf mois.

Symptômes. — Constipation et distension abdominale dès naissance. Vomissements.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Introduction d'une sonde rectale. Mort par obstruction.

Autopsie. — Anse sigmoïde dilatée et allongée. Côlon transverse dilaté. Hypertrophie. Estomac repoussé vers la colonne vertébrale. Pas de sténose.

OBSERVATION XXVII

(Hawkins)

Enfant âgé de dix mois.

Symptômes. — Depuis la naissance, constipation s'accompagnant de météorisme. Anses intestinales visibles. Mouvements péristaltiques.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Médical.

Mort d'obstruction, pas d'autopsie.

OBSERVATION XXVIII

Baginski. (*Berlin. Méd., Woch.*, 1904.)

Enfant, âgé de dix mois.

Symptômes. — Distension abdominale survenue dès le sevrage. Tympanisme. Dyspnée. Foie repoussé. Mort par obstruction.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Autopsie. — Côlon fortement élargi. Musculaire très hypertrophiée. Pas de sténose. Extrémité de l'intestin grêle distendue.

OBSERVATION XXIX

(Bing.)

Enfant âgé de dix mois.

Symptômes. — Au trosième mois, constipation et météorisme. Amaigrissement.

Diagnostic. — Mégacôlon

Traitement. — Médical.

Mort par obstruction.

Autopsie. — Côlon distendu surtout dans sa partie transverse. Parois du côlon et de la partie inférieure du grêle fortement hypertrophiées. Muqueuse hyperhémiée.

OBSERVATION XXX

(Gaujoux.)

Enfant, âgé de dix mois, né à terme, nourri au sein. Le méconium très poisseux, sortit péniblement. Peu à peu les selles

s'espacent et les matières rejetées deviennent de plus en plus dures.

Purgatifs. Lavements.

Le ventre grossit peu à peu jusqu'à devenir énorme: sevrage brusque en plein été, à huit mois. Diarrhée. Le volume du ventre reste énorme. Bientôt diarrhée profuse. Mort.

Autopsie. — Côlon extrémement dilaté : 7 cm, 5 de diamètre. parois très épaissies. Siliaque de calibre normal, mais très allongé (0, 40), est plusieurs fois replié sur lui-même. A l'ouverture de l'intestin, aucune trace de sténose. Sur la muqueuse, nombreuses ulcérations.

OBSERVATION XXXI

(Baumel *Journal des Praticiens*, juin 1910.)

Garçon de dix mois, amené en chirurgie pour une tumeur abdominale et transporté ensuite en médecine pour paralysie infantile : celle-ci avait débuté brusquement et frappé les quatre membres. Ultérieurement, les membres supérieurs sont redevenus presque normaux, les autres, surtout le membre inférieur droit sont restés flasques.

L'enfant a d'abord été élevé au sein ; puis en a dû cesser l'allaitement maternel.

A l'union du tiers droit avec le reste du côlon transverse, on constate une induration assez marquée. Au toucher rectal, on sent une première résistance marginale ; à la partie antérieure de la soudure de l'S iliaque et du rectum, on perçoit un obstacle.

Outre le paralysie infantile, il y a chez ce sujet existence de mégacôlon.

OBSERVATION XXXII

(M. Haushalter *Rev., Méd. de l'Est*, 1904, XXXVI p. 275).

Enfant de onze mois, élevé au sein.

Mort de tuberculose miliaire. Développement considérable de la région sus-ombilicale, quoique n'ait pas été suralimenté.

Autopsie. — Énorme dilatation du côlon transverse : 5 centimètres de diamètre. Côlons ascendant et descendant : 1 à 2 centimètres de diamètre.

Au niveau de la dilatation, la paroi du côlon est très amincie : les bandelettes longitudirales ne sont pas apparentes macroscopiquement.

Côlon ascendant : flexions anormales.

Côlon descendant : quelques flexuosités.

A l'union du côlon ascendant et du côlon descendant avec le transverse, plicature assez brusque.

OBSERVATION XXXIII

(Schonstadt, *Soc. de Méd.* de Berlin, 17 juillet 1907.)

Enfin âgé d'un an, en traitement depuis neuf mois. Ne rendit pas de méconium à la naissance ; eut, au bout de dix jours, une selle, puis plusieures autres. Mais brusquement, constipation. Depuis, une selle toutes les deux ou trois semaines avec matières fécales dures comme des pierres. Ballonnement abdominal. Diastase des muscles droits.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — 1° Amélioration par lavages intestinaux souvent répétés.

2° Guérison par anastomose iléo-sigmoïdienne.

OBSERVATION XXXIV

(Berti, obs. I *in*-Duval).

Enfant de treize mois, très constipé. Ventre distendu. Mort en peu de jours avec symptômes de pneumonie et de méningite.

Durant l'existence, trouble de la défécation : alternatives de diarrhée très fétide et de constipation intense.

Autopsie. — Double pneumonie, congestion, méningite.

Intestin grêle météorisé. A partir de l'angle hépatique le côlon se présente horizontalement jusqu'à la ligne médiane, puis il se dirige en arrière, franchit le rein ganche et descend dans la fosse iliaque. Là, le côlon décrit une deuxième courbe, remonte et, sous la coupole diaphragmatique, serpente et redescend en se dilatant énormément. Il forme deux sacs séparés par un léger retrécissement. Le sac double remplit tout le bassin, a des parois excessivement épaissies et contient des fèces fétides.

OBSERVATION XXXV

Johannessen (*in* Ganjoux)

Enfant âgé de quatorze mois.

Paresse intestinale depuis la naissance. Reste parfois douze jours sans avoir de selle.

Volume de l'abdomen : 72 centimètres à l'ombilic. Le massage

abdominal, l'application de l'électricité au niveau du gros intestin et l'atropine à l'intérieur amènent une rapide amélioration. La circonférence abdominale tombe à 60 centimètres.

OBSERVATION XXXVI

Gourevitch (*Prager med. Woch.*, 1904, t. XXIX, 607-623)

Enfant âgé de quinze mois.

Symptômes. — Constipation remontant à la naissance. Distension abdominale depuis cette époque. Légères douleurs abdominales. Tympanisme.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Colotomie, colopexie suivie de colostomie. Mort par péritonite.

Autopsie. — Muqueuse rouge ecchymotique. Hypertrophie des fibres musculaires du cæcum, du côlon et de la partie inférieure de l'iléon.

OBSERVATION XXXVII

Genersich (*in* Duval)

Enfant né normalement, ne tarde pas à vomir des mucosités verdâtres et n'a pas d'évacuations rectales.

Au deuxième jour de la vie, dilatation abdominale; lavement sans effet. Le ventre durcit et grossit de plus en plus ; les veines sous-cutanées deviennent visibles. Lavement huileux, une selle au huitième jour.

La constipation dure quelquefois quatorze jours.

Diagnostic porté. — Gros ventre de rachitique.

Vomissements passagers ; le 3 mai 20 selles diarrhéiques. Depuis janvier la mère trouvait les selles trop abondantes. En février amené au service de chirurgie, l'enfant a un ventre énorme : l'introduction d'une canule rectale favorise l'expulsion de très nombreux gaz et le déballonnement du ventre.

Rachitisme prolongé. Abdomen énorme : 63 centimètres en mai, fièvre, vomissements, ballonnement exagéré.

Mort le 25 mai à quinze mois.

Autopsie. — Côlon ascendant, transverse et descendant colossalement dilatés, comme ceux d'un adulte. Côlon pelvien contracté par places.

Nombreuses ulcérations sur les segments ascendant et transverse.

OBSERVATION XXXVIII

Soltau-Fenvick (*in* Duval)

Garçon de dix-sept mois, entre à l'hôpital pour distension abdominale et constipation, celle-ci remontant à la naissance. Distension abdominale depuis l'âge de neuf mois, vomissements de temps à autre.

Abdomen très distendu globuleux. Pas de tumeur à la palpation, à la percussion, tympanisme généralisé. Mouvement péristaltiques visibles. Dans le rectum abondantes matières liquides. Mort.

Autopsie. — Côlon transverse, circonférence : 14 pouces 1/2. Côlon pelvien : 12 pouces 1/4. Côlon descendant totalement adhérent en arrière. Côlon ascendant dilaté et adhérent à la région lombaire. Cæcum gros comme une petite orange. Intestin

grêle presque totalement aplati. Muqueuse anale très congestionnée et superficiellement ulcérée.

Petits ulcères ronds sur la muqueuse côlique. Appendice sain.

OBSERVATION XXXIX

Tordeus (*in* Duval)

Enfant de dix-sept mois, rachitique. Nourri au biberon, il souffre depuis sa naissance d'une opiniâtre constipation

Défécation tous les trois ou quatre jours et par lavements.

Au-dessus du pubis, tumeur dure, ronde, mobile. Température normale, vomissements, agitation, cris ininterrompus, météorisme, douleurs. Fièvre et mort.

Autopsie. — Côlon pelvien de volume, trois fois supérieur à la normale (13 cm. de diam.) contient des scybales très dures Tout le segment supérieur du côlon est dilaté et rempli de gaz fétides. Muqueuse épaissie très pigmentée.

OBSERVATION XL

Johannessen (*in* Ganjoux)

Enfant âgé d'un an et demi. Le lendemain de sa naissance son abdomen s'élargit et se tendit.

Dilatation de l'anus. Amélioration. Pourtant constipation chronique, usage nécessaire et constant de laxatifs et de purgatifs. Mort.

Autopsie. — Dilatation considérable du côlon. S iliaque plusieurs fois replié. Épaississement considérable de toute la paroi

intestinale. A l'examen microscopique couche musculaire considérablement épaissie.

OBSERVATION XLI

(Wilkie)

Fillette de vingt-six mois.

Constipation chronique et gros ventre depuis la naissance. A onze semaines, crise d'obstruction.

Lavements quotidiens.

Mort après une laparotomie exploratrice.

Autopsie. — Côlon dilaté, surtout au niveau de l'S iliaque, rempli de matières, un peu d'épaississement des parois. Pas de sténose.

OBSERVATION XLII

Johanessen (*in* Gaujoux)

Enfant âgé de deux ans et demi, né avant terme. Serait né avec un gros ventre mais non constipé.

Dans les premiers mois, poussées d'entérite, puis constipation. A neuf mois, poussées de diarrhée, suivies de paresse intestinale.

Depuis, alternatives de diarrhée et de constipation. Hoquet continuel. Vomissements. Au toucher rectal on trouve le rectum rempli de matières très dures.

OBSERVATION XLIII

Hobbs et de Richemont (*in* Duval)

Enfant âgé de deux ans et demi.

Distension considérable de l'abdomen qui a créé des difficultés lors de l'accouchement. Après naissance défécation difficile.

Vomissements depuis trois mois. L'abdomen se distend progressivement, les purgatifs et lavements ont peu d'effet.

Abdomen énorme. Tympanisme. La sonde rectale entre facilement de 25 centimètres et ramène des matières fécales à son extrémité.

Une ponction capillaire fait échapper 3 litres de gaz. L'abdomen recommence à se distendre. Amaigrissement. Opération différée, l'enfant disparaît.

OBSERVATION XLIV

(Langmead, obs. III.)

Enfant de deux ans et demi. Crises répétées de tétanie avec sympanisme et selles fétides. Cachexie extrême.

Mort par broncho-pneumonie.

A l'autopsie, côlon transverse considérablement dilaté.

OBSERVATION XLV

(Griffiths, *in* Duval.)

Enfant de deux ans et onze mois.

Toujours constipé ; purgatifs depuis sa naissance.

A cinq mois, distension abdominale et douleurs continues, constipation d'une semaine, selles diarrhéiques, puis nouvelle distension. Cet état dure deux ans, sauf intervalle de deux mois où la défécation se fait spontanément. En novembre les purgatifs sont suspendus pendant une semaine : la défécation devient impossible, le ventre se ballonne au point que les parents craignent « qu'il crève ». L'introduction d'un tube rectal amène une évacuation : cette manœuvre devient journalière.

A l'entrée à l'hôpital, abdomen très dilaté ; tympanisme généralisé. Circonférence à l'ombilic 63 cm. 6 au culmen 69 cm. 8. Ombilic saillant, mouvements péristaltiques visibles ; sur le tronc, veines dilatées.

22 mai. — L'enfant garde les lavements pendant quelques heures et finalement un fort mouvement péristaltique les expulse Le volume du ventre subsiste.

7 juin. — Deux ou trois vomissements : diarrhée verte. Pouls 140.

11 juin. — Même état, côlotomie inguinale près du cæcum liquides et gaz s'échappent.

16 juin. — Abondant écoulement. Mort.

Autopsie. — Pas de stricture sur le gros intestin, rétrécissement de l'iléon long de 25 centimètres, au-dessus du cæcum. L'état du côlon n'est pas noté.

OBSERVATION XLVI

(Walther, *in* Gaujoux.)

Malade de trois ans. Pas d'histoire clinique. Mort.

Autopsie. — Longueur exceptionnelle du cæcum qui descend jusque dans la cavité du petit bassin, entre la vessie et le rectum. Grande laxité de ses ligaments.

Développement exagéré de l'S iliaque (70 centimètres) qui est plusieurs fois recourbé.

Aucun détail sur les parois de l'intestin dilaté.

OBSERVATION XLVII

(Chealde, *in* Duval.)

Garçonnet de trois ans.

Dilatation de l'abdomen et constipation opiniâtre depuis l'âge de trois mois. Tous les purgatifs restent sans succès. Selles dures. Depuis deux ans pas une selle sans lavement. Parfois le côlon retient deux ou trois lavements donnés le même jour.

Abdomen très distendu surtout dans la région colique sous-costale.

Circonférence abdominale : 59 centimètres. Tympanisme. Le traitement médical rétablit l'état normal. En deux mois, on obtient une selle quotidienne.

OBSERVATION XLVIII

(Roth.)

Enfant âgé de trois ans.

Symptômes. — Constipation durant cinq à six semaines. Distension abdominale. Tympanisme. Anse intestinale visible occupant les trois quarts du ventre. Cyanose.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Purgatifs. Lavements. Laparatomie exploratrice ; colectomie et entéro-anastomose empêchées par l'état de l'enfant. Mort subite.

Autopsie. — Côlon transverse distendu. Énorme sac rempli de matières. Coudure en forme d'S.

OBSERVATION XLIV

(Hughes, 1886, *in* Duval.)

Enfant de trois ans, constipé depuis sa naissance.

Évacuation intestinale tous les dix-neuf jours. Distension abdominale progressive et généralisée. Mouvements péristaltiques visibles.

Mort au cours d'une deuxième côlite aigue.

Autopsie. — Dilatation s'étendant à tout le gros intestin (au niveau du côlon pelvien, 9 à 10 centimètres de circonférence). Couche musculaire très hypertrophiée. Muqueuse ulcérée.

OBSERVATION L

(Kohts.)

Garçonnet âgé de trois ans, légèrement rachitique.

Circonférence abdominale : 62 centimètres.

Constipation et ballonnement abdominal depuis l'âge de cinq mois.

Grâce aux lavements donnés, une selle tous les quatre jours environ.

A l'entrée à l'hôpital, pas d'évacuation alvine depuis trois semaines. Un lavement d'huile est donné à l'enfant qui expulse une énorme quantité de matières fécales.

Trois semaines après son entrée, il succombe à une entérite fébrile. Le jour de la mort, la circonférence abdominale à la hauteur de l'ombilic : 43 centimètres.

Autopsie. — Gros intestin distendu dans toute son étendue, mais principalement au niveau du côlon transverse et de l'S iliaque.

Cæcum et côlon ascendant moyennement hypertrophiés.

Aucun obstacle à la circulation des matières fécales.

OBSERVATION LI

(Schnitzler, *Presse médicale*, juill. 1907.)

Enfant âgé de trois ans.

Symptômes. — Depuis la naissance, constipation et ballonnement du ventre. Trois fois se sont manifestés des signes d'obstruction.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Colectomie et colostomie temporaire. Guérison.

Anatomie pathologique. — Dilatation énorme de l'S iliaque sans lésion anatomique capable d'expliquer cette dilatation.

OBSERVATION LII

(Zœpffel.)

Garçon âgé de trois ans.

Au moment de son sevrage, à cinq mois, a présenté une constipation opiniâtre avec ballonnement du ventre.

Traitement approprié (lavements huileux et massages abdominaux), amélioration passagère.

A l'âge de trois ans, diarrhée. Pas de phénomènes de spasme sphinctérien.

Mort au milieu de symptômes de méningisme.

Autopsie. — Dilatation et hypertrophie extraordinaires du côlon, de l'S iliaque et du rectum. Gros intestin: 90 centimètres du cæcum à l'anus; longueur normale; pas d'obstacle mécanique; pas d'hypoplasie du tissu élastique.

L'hypertrophie porte sur les éléments de la paroi.

OBSERVATION LIII

(Langmead, obs. II.)

Enfant de trois ans et deux mois. Entre à l'hôpital pour sa quatrième attaque de tétanie. Tableau clinique semblable à celui du cas n° 1 de Langmead. Amélioration passagère obtenue au

moyen de lavages mais au bout d'un mois diarrhée continuelle avec amaigrissement rapide.

Laparotomie. Résection du côlon pelvien sur une longueur de 30 centimètres. Mort au bout de douze jours.

Autopsie. — Dilatation de tout le gros intestin.

OBSERVATION LIII

(Martin, *in* Duval.)

Garçon de trois ans et demi, pas de selles jusqu'à cinq jours ; par la suite toujours constipé (parfois onze jours de suite).

A un an distension abdominale progressive avec échappement de gaz.

Récemment fortes douleurs. Selles dures ; plus tard semi-liquides. Deux fois diarrhée passagère.

Grande distension abdominale ; circonférence 68 centimètres. Mouvements péristaltiques visibles. Tympanisme. Pas de sensibilité. Rectum normal. Laparotomie exploratrice, pas de sténose. Suture ; deuxième laparotomie au bout de quinze jours. Ponction intestinale au trocart. Mort en cinq jours.

Autopsie. — Péritonite par perforation. Côlon pelvien très long et très distendu (38 cm., de 5 à 8 de diamètre), contient des fèces solides ; parois hypertrophiées, non ulcérés, la dernière portion n'est pas dilatée. La méso est épaissi. Rectum normal : côlon descendant légèrement dilaté et hypertrophié.

OBSERVATION LV

(Lévi, *Ann. Gync. et Péd.* Boston, 1904.)

Enfant âgé de quatre ans.

Symptômes. — Constipation opiniâtre. Distension abdominale et diastase des muscles droits. Dilatation de l'estomac et du côlon transverse.

Dans la moitié gauche du ventre tumeur qu'on peut mobiliser.

Pas de sténose.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Diète, calomel, noix vomique, lavements, massage, électricité, ceinture abdominale.

Guérison.

OBSERVATION LVI

(Gée, obs. II, *in* Duval.)

Garçonnet de quatre ans.

Grande distension depuis l'âge d'un mois. Habituelle constipation. Tympanisme, extrême distension. Dans le rectum fèces dures en abondance.

Autopsie. — Distension du côlon, principalement de la partie supérieure de l'anse pelvienne. Contraction du rectum et de la partie basse de l'anse pelvienne sur des concrétions dures. Au dessus, des fèces semi-liquides.

Pas de sténose.

OBSERVATION LVII

(Borélius.)

Garçon de quatre ans.

Distension et hypertrophie énormes du côlon sigmoïde sans coudure ni obstacle mécanique quelconque. Large anastomose latérale, faite entre les bouts supérieur et inférieur de l'anse ectasiée.

Quatre semaines plus tard accidents d'occlusion; résection de tout le côlon sigmoïde. Pendant deux ans état satisfaisant, puis moins bon.

OBSERVATION LVIII

(Gee, obs. I *in* Duval.)

Garçonnet de quatre ans et demi.

Dès l'âge de trois mois, difficulté de la défécation et selles solides.

A douze mois distension abdominale qui ne fera que progresser.

Grande dyspnée. Distension abdominale énorme au moment de l'examen. Anses intestinales visibles sous la paroi. Constipation qui ne cède qu'aux lavements.

La sonde rectale permet l'évacuation des gaz et diminue le ballonnement.

L'enfant vit cinq semaines, puis présente de la diarrhée fétide avant sa mort.

Autopsie. — Grande longueur et distension énorme du côlon pelvien ; le diamètre maximum est de 10 centimètres. Parois hypertrophiées. Le côlon pelvien forme deux sacs en connexion avecl'intestin étroit. Rectum distendu.

OBSERVATION LIX

(Fredericus Ruysch, *in* Jayle.)

Énorme dilatation du côlon

Depuis longtemps déjà une fillette âgée de cinq ans se plaignait de vives douleurs abdominales. Pour les calmer, diminuer le ballonnement et tuer les vers, on avait en vain usé de tous les moyens. Les douleurs persistèrent et l'enfant finit par succomber.

A l'autopsie, je ne pus voir aucun viscère au-dessus de cette partie du côlon qui commence à prendre le nom de rectum, et cela à cause de l'énorme dilatation du côlon qui cachait tous les autres organes.

OBSERVATION LX

(Hawkins.)

Enfant âgé de cinq ans.

Symptômes. — Distension intermittente, s'accompagnant de vomissements, selles normales. Pouls à 128. Extrême faiblesse.

Diagnostic. — Obstruction intestinale.

Traitement. — Laparotomie exploratrice. Amélioration. Enfant perdu de vue.

Anatomie pathologique (laparatomie). — Côlons ascendant et pelvien dilatés.

OBSERVATION LXI

(Hartmann.)

Fillette de cinq ans, née avec six doigts (un pouce surnuméraire). A toujours souffert de l'intestin. Expulsion difficile du méconium. Depuis, jamais de selles spontanées; la malade a toujours usé de lavements. Pendant les deux premières années, mauvais état général. Depuis s'est assez bien développée.

A trois ans, constipation opiniâtre, ballonnement ; six mois plus tard constatation, près de l'ombilic, d'une masse indurée qui fit penser à une plaque de péritonite tuberculeuse, mais qui diminua et changea d'aspect.

Lavements péniblement évacués. Un jour, douleurs violentes suivies d'une énorme évacuation. Amélioration consécutive, puis de nouveaux accidents. Ondes péristaltiques visibles. Ampoule rectale vide. Un an plus tard, iléo-sigmoïdostomie, montrant qu'il s'agit d'un mégacôlon typique.

OBSERVATION LXII

(Wilkie.)

Garçon de cinq ans et demi.

Constipation depuis la naissance, gonflement du ventre quelques semaines après.

Plus tard plusieurs crises d'obstruction.

Laparotomie exploratrice découvrant un côlon énorme qu'on incise et qu'on vide.

OBSERVATION LXIII

(Kohts.)

Garçon de six ans.

Premiers symptômes à l'âge de un an.

Grande tuméfaction de l'abdomen ; le malade peut à peine s'asseoir dans son lit quand il est couché. A l'hôpital, la diète et des lavements régularisent les selles.

Repris par sa famille et mal soigné par elle, l'enfant a des coliques très violentes et ne tarde pas à mourir.

L'autopsie n'a pas été faite.

Diagnostic (probable). — Dilatation avec hypertrophie congénitale de l'S iliaque. Mort par péritonite avec perforation.

OBSERVATION LXIV

(Kien, *Stranburger medical Zeitung*, 1904, 128.)

Enfant de six ans, amené pour ballonnement abdominal et constipation.

Symptômes. — Depuis la naissance, distension abdominale et constipation. Dans la fosse iliaque droite, volumineuse tumeur qu'on fait disparaître par le massage, mais momentanément seulement. Dans le rectum, masse dure présentant le « volume d'une tête fœtale ». Grande maigreur.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Division sous chloroforme du stercarome.

Lavements. Purgatifs.

Guérison momentanée.

Quatre mois après, nouvelle constipation. L'enfant va à l'école, mais un jour, en en sortant vers midi, il est pris de vives douleurs abdominales et, le soir, il meurt subitement.

L'autopsie ne fut pas faite.

OBSERVATION LXV

(Langmead, obs. I.)

Garçonnet de six ans.

A eu en dix-huit mois cinq crises de tétanie. Chacune s'accompagnait de tympanisme abdominal et de rejet de matières fécales ayant l'apparence d'une bouillie. L'examen du ventre révélait une énorme dilatation du gros intestin, à gauche. Amélioration par des lavages du côlon. La dernière crise coïncida avec une diphtérie grave.

Mort.

Autopsie. — Côlon pelvien très, dilaté remplissant presque toute la moitié gauche de l'abdomen. Deux calculs d'acide urique dans le rein droit.

OBSERVATION LXVI

(Wilkie.)

Garçon de dix ans, constipé depuis la naissance. Ventre distendu depuis douze mois. Laparotomie, côlon pelvien énorme; rien dans les autres parties du gros intestin. Ponction qui donne beaucoup de gaz. Amélioration.

OBSERVATION LXVII

(Hawkins.)

Enfant de sept ans entré à l'hôpital pour fractures de côtes.

Symptômes. — Distension abdominale et constipation. Tumeur dans la partie inférieure gauche de l'abdomen. Les organes thoraciques sont repoussés.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Entéro-anastomose.

Anatomie pathologique (laparotomie). — Côlon très distendu surtout dans la portion pelvienne.

OBSERVATION LXVII

(Friedheim, *Deutsch Med. Woch.*, 1904, XXX, 1385)

Enfant âgé de sept ans, entré à l'hôpital pour ileus, avec anasarque.

Symptômes. — Constipation depuis la naissance. A trois ans distension abdominale et signes d'ileus. Actuellement nouvelle crise, avec œdème généralisé. Oligurie.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Colopexie suivie de guérison.

OBSERVATION LIX

(Langmead, obs. IV.)

Fillette de huit ans, admise à l'hôpital pour accès de tétanie dans les mains et les pieds, avec dyspnée et cornage. Signe de Trousseau. Signes manifestes de dilatation au niveau du côlon et de l'S iliaque. Indicanurie.

Lavages quotidiens de l'intestin. Huile de ricin salolée, régime lacté : résultat nul. On pensa chez cette enfant à une insuffisance thyroïdienne. Mais l'opothérapie amena une diarrhée fétide avec augmentation de la tétanie et du laryngospasme.

Alors traitement par le bismuth, l'opium : lavages intestinaux. Massage quotidien et pendant dix jours du gros intestin.

Amendement graduel de la tétanie puis disparition pendant six mois. Récidive pendant quelques jours. Depuis l'enfant est demeurée indemne de nouvelles attaques de tétanie.

OBSERVATION LXIX

(Demons.)

Garçon de huit ans habituellement constipé.

Distension du ventre petit à petit. Dans l'abdomen tumeur dure énorme, bosselée, légèrement mobile à droite et à gauche. Cette tumeur conserve l'empreinte des doigts. Zone de matité et de sonorité, On rencontre les matières en pratiquant le toucher rectal.

Diagnostic. — Stercorome.

Traitement. — Disparition par pagnatation et lavages intestinaux.

OBSERVATION LXX

(Bertelsmann, 1er cas.)

Garçon de neuf ans, chez lequel le foie atteignait l'ombilic, l'estomac descendait à mi-hauteur de la ligne pubo-ombilicale et le côlon transverse affleurait la symphise pubienne.

Un éperon semble exister entre les côlons transverse et descendant.

On fixa le foie au diaphragme et au rebord costal et on raccourcit le ligament gastro-hépatique et gastro-côlique. Suture du côlon transverse à l'angle supérieur de la plaie.

La guérison dure depuis plus d'un an, plus de constipation.

OBSERVATION LXXI

(Hirschsprunz, obs. VI *in* Duval.)

Garçon de dix ans.

Toujours constipé et météorisé depuis la naissance.

Abdomen dilaté : 67, 62 centimètres de circonférence rendant un son tympanique. Pas de douleurs. Anses intestinales parfois visibles sous la paroi.

Constipation absolue, parfois pendant huit jours. Après un lavement il s'écoule une quantité de matières remplissant trois vases de nuit.

Rectum constamment plein de fèces.

Un frère de l'enfant souffre aussi de douleurs abdominales et de troubles de la défécation.

L'enfant sort de la clinique et on le perd de vue.

OBSERVATION LXXII

(Hirschsprung, obs. IV *in* Duval.)

Garçon de dix ans.

Constipé depuis l'enfance, abdomen distendu.

Quelquefois douleurs abdominales cessant par l'évacuation de gaz et de fèces. Vomissements exceptionnels.

Abdomen énormément distendu. Tympanisme généralisé. Fèces dans le rectum, pas de selles depuis huit jours.

Les lavements provoquent la défécation et diminuent la distension : 63 centimètres de circonférence. Par périodes l'enfant a des selles spontanées, non solides. Six mois plus tard, bon état général. Les lavements restent nécessaires.

OBSERVATION LXXIII

(Halden, *in* Duval.)

Garçon de onze ans.

Jusqu'à trois mois, l'intestin fonctionne bien ; à trois mois apparition des symptômes ; douleurs, vomissements, constipation, distension abdominale. Abdomen très distendu. Mouvements péristaltiques visibles. Traité depuis trois semaines, lorsqu'une selle est obtenue. Mort par cachexie.

Autopsie. — Distension des 61 derniers centimètres de l'intestin grêle et du côlon au-dessus de l'anse sigmoïde.

Pas d'ulcérations muqueuses, pas de sténose.

OBSERVATION LXXIV

(Neugebauer.)

Malade âgé de douze ans.

Symptômes. — Ventre très distendu. Constipation depuis la naissance. Crises douloureuses depuis un an.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Entéro-anastomose, suivie de guérison.

Anatomie pathologique. — Volume de l'anse sigmoïde égal à celui d'une cuisse d'adulte. Épaississement de la séreuse. Hypertrophie des parois. Distension du côlon transverse. Le côlon descendant présente de l'allongement, mais il n'est pas dilaté.

OBSERVATION LXXV

(Hawkins.)

Malade âgé de douze ans.

Symptômes — Depuis sa naissance a eu des alternatives de diarrhée et de constipation. Distension abdominale. Mouvements péristaltiques.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Colotomie. Mort.

Autopsie. — Anse sigmoïde, colondescendant et transverse distendus et hypertrophiés.

OBSERVATION LXXVI

(Fletcher et Robinson. *Brit. med. Journal*, 1907.)

Malade âgé de douze ans.

Symptômes. — Constipation et distension abdominale remontant à la naissance. Douleurs à la défécation. Mouvements péristaltiques.

Diagnostic. — Mégacolon.

Traitement. — Lavements inefficaces.

Laparotomie exploratrice puis traitement médical. Mort par obstruction.

Autopsie. — Côlon pelvien très dilaté formant tumeur. Côlon descendant et transverse dilatés.

Pas de sténose.

OBSERVATION LXXVII

(Perthes.)

Malade agé de quinze ans entrant à l'hôpital pour constipation.

Symptômes. — Constipation et distension datant de la naissance, mais très améliorées par des lavements. Déformation des parois thoraciques. Organes thoraciques repoussés. Pointe du cœur battant dans le troisième espace intercostal. Diaphragme remonté. Anse sigmoïde visible, on suit sa direction dans la région lombaire gauche puis vers l'ombilic et dans le petit bassin. Douleurs abdominales.

Diagnostic. — Mégacolon.

Traitement. — Cinq interventions chirurgicales.

OBSERVATION LXXVIII

(Perthes.)

Malade âgé de quinze ans.

Symptômes. — Constipation depuis la naissance. Est resté depuis six semaines sans selle. Distension abdominale. Douleurs dans l'articulation de l'épaule gauche. Organes thoraciques refoulés. Pouls à 42. Tumeur accessible par le toucher rectal. Pli muqueux accessible. Mort par obstruction.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Lavements.

Autopsie. — Côlon pelvien seul très hypertrophié.

OBSERVATION LXXIX

(Ebers *in* Gaujoux.)

Garçon de dix-sept ans.

A toujours souffert de constipation et d'accès de colique assez fréquents. Mort avec symptômes iléiformes, le ventre atteint une circonférence considérable.

Autopsie. — Gros intestin et rectum très dilatés et formant un large sac atteignant un diamètre de 275 millimètres, les parois de ce sac sont très minces.

OBSERVATION LXXX

(Roth, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1906, p. 275.)

Malade âgé de dix-sept ans.

Symptômes. — Depuis sa naissance, constipation et distension

abdominale. Vomissements. Douleurs abdominales. Parfois un mois sans selle.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Les lavements huileux donnent une amélioration sensible, colectomie suivie de guérison.

OBSERVATION LXXXI

(Pluyette.)

Jeune fille de dix-neuf ans. Constipation chronique. Depuis un an augmentation de volume de l'abdomen.

Entre à l'hôpital pour rétention stercocale. Tympanisme. Traitement médical sans effet.

Laparotomie. Hypertrophie de tout le gros intestin. Résection de 45 centimètres du côlon et entérorraphie circulaire. Mort.

OBSERVATION LXXXII

(Hichens *in* Duval)

Homme de vingt ans.

Constipé depuis le jour de sa naissance jusqu'au jour de sa mort : abdomen progressivement dilaté ; purgatifs et lavements nécessaires ; selles seulement dans les dix jours, scybales. Mort subite.

Autopsie. — Abdomen énorme. Côlon pelvien extrêmement distendu et allongé (57 centimètres de long, 35 centimètres de circonférence maxima), contient des gaz et des fèces semi-liquides. Parois très hypertrophiées. Pas de sténose.

OBSERVATION LXXXIII

(Brook, *Bul. med. Journ.*, 1905, I, 1035).

Femme de vingt et un ans, entre à l'hôpital pour une tumeur abdominale qui remonte déjà à cinq mois.

Symptômes. — Pas de douleurs, sauf après purgatifs ou lavement, constipation de tout temps.

La tumeur est globulaire, mobile, mate et complètement isolée de l'utérus, lequel se trouve repoussé vers la partie antérieure. Vomissements.

Diagnostic. — Tumeur solide de l'utérus gauche.

Traitement. — Colotomie suivie de guérison.

Anatomie pathologique. — (Laparatomie). Anse sigmoïde très hypertrophiée et distendue. Elle recouvre l'intestin grêle. Côlon descendant moins dilaté. Pas de sténose.

OBSERVATION LXXXIV

(Formad, *in* Duval.)

Homme de vingt-trois ans connu sous le nom « d'homme ballon » ou de « sac d'air ». Depuis l'enfance énorme météorisme et opiniâtre constipation. Mourut de côlite aiguë.

Autopsie. — Aucun rétrécissement intestinal. Le côlon a les dimensions d'un gros intestin de bœuf (34 centimètres de circonférence) et pèse 47 livres.

OBSERVATION LXXXV

(Mouges, *Marseille méd.*, 1907.)

Femme âgée de trente ans.

Entre à l'hôpital avec le diagnostic de congestion hépatique.

Symptômes. — Toujours très constipée. Bientôt arrêt des matières et gaz. Distension abdominale très marquée. Douleurs légères.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Introduction d'une sonde dans le rectum, soulagement momentané.

Morte d'obstruction intestinale.

Autopsie. — Énorme dilatation du côlon et surtout du côlon transverse qui fait avec le côlon descendant un angle aigu. Au niveau de celui-ci une sorte d'étranglement. Le côlon descendant ne participe pas à la dilatation.

OBSERVATION LXXXVI

(Schwartz.)

Homme de trente-neuf ans.

A la suite d'un traumatisme thoraco-abdominal, phlegmon diffus de la région lombaire causé par rupture du côlon transverse. Drainage. Guérison.

Trois ans après accidents d'occlusion intestinale. Cæcostomie.

Un an après, laparotomie pour oblitérer l'anus cæcal ; côlon transverse de dimensions colossales. Pas de sténose sur le côlon descendant. M. Schwartz pense qu'il s'agit d'un mégacôlon proba-

blement congénital. Côloplicature, côlopexie. Guérison du malade, sauf toutefois persistance d'une fistulette qui ne le gêne guère.

OBSEKVATION LXXXVII

(Hawkins.)

Femme de trente-neuf ans.

Symptômes. — Depuis l'enfance constipation ; et depuis quatre ans une seule évacuation par semaine.

État général satisfaisant ; un peu d'apathie et de somnolence.

Abdomen distendu surtout à gauche. Tympanisme. Aucune douleur.

Diagnostic — (?)

Traitement. — Laparotomie et côlotomie.

Mort par péritonite ?

Autopsie. — Rectum normal. Côlon distendu légèrement. La distension cesse avant le cæcum, d'une façon progressive. Hypertrophie des parois du segment distendu. Pas de sténose.

OBSERVATION LXXXVIII

(Hawkins.)

Homme âgé de quarante ans.

Symptômes. — Constipation depuis l'enfance. Ventre ballonné. Tympanisme généralisé. Lavements à l'huile de ricin efficaces.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Lavements.

Mort quatre jours après son entrée à l'hôpital d'obstruction intestinale.

Autopsie. — L'ange sigmoïde et le côlon transverse occupent tout l'abdomen. Tout le côlon est dilaté, le cæcum et le rectum ne le sont pas. Gaz sous forte pression. Matières abondantes, semi-liquides, verdâtres. Pas d'hypertrophie de la musculeuse. Pas de sténose. Muqueuse normale

OBSERVATION LXXXIX

(Schuckmann.)

Femme de quarante-six ans.

Symptômes. — Débilité congénitale. Troubles mentaux qui ont nécessité son admission à l'hôpital.

Constipation. Ballonnement du ventre. Tympanisme.

Vomissements. Amaigrissement.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Traitement. — Lavements.

Morte d'obstruction.

Autopsie. — Dilatation et hypertrophie énormes du gros intestin, du cæcum, du rectum. Pas de sténose.

OBSERVATION LC

(Hawkins.)

Homme âgé de quarante-huit ans. Entre à l'hôpital pour facture de rotule.

Symptômes. — Constipation. Ballonnement. L'année précédente alternatives de diarrhée et de constipation : Purgatifs et lavements inefficaces. Mort le lendemain de son admission.

Diagnostic. — Mégacôlon.

Autopsie. — Cæcum, colons ascendant, descendant et transverse très distendus. Le ventre ouvert, on ne voit que le côlon. Portions iliaques et pelviennes très courtes avec paroi hypertrophiée et rigide, et lumière rétrécie.

OBSERVATION XCI

(Bastianelli, *in* Duval.)

Femme de cinquante ans, morte à Rome, admise à l'hôpital avec un météorisme énorme.

Autopsie. — Depuis le cæcum jusqu'à l'S iliaque, côlon énormément dilaté, comme celui d'un bœuf ; remplit toute la cavité abdominale. Parois très épaissies (plus d'un centimètre) pas de rétrécissements ni de compression.

L'intestin ne renferme que des gaz. La muqueuse n'est pas ulcérée.

OBSERVATION XCII

(Banks, *in* Duval.)

Homme de cinquante ans.

Toujours constipé et souffrant de douleurs abdominales. Aggravation subite. Obstruction intestinale : Mort.

Autopsie. — Côlon pelvien énorme ; circonférence de 66 centimètres. Pas d'obstacle intestinal.

OBSERVATION XCIII

(Hibbert.)

Femme de soixante-six ans.

Énorme ballonnement du ventre et constipation opiniâtre. D'abord on pensa à un rétrécissement de l'intestin par néoplasie maligne, mais on trouva l'ampoule rectale bondée d'excréments.

Amélioration sensible, mais passagère par les lavements.

Mort dans le marasme.

A l'autopsie. — Gros intestin hypertrophié et dilaté dans toute son étendue, sans trace de sténose néoplasique ni cicatricielle.

OBSERVATION XCIV

(Pluyette.)

Homme de soixante-sept ans, entre à l'hôpital avec symptôme d'occlusion intestinale. Après sept jours d'observation, les symptômes généraux restent bons et on pense à une pseudo-occlusion.

Laparotomie. — Deux énormes anses intestinales sont accolées l'une à l'autre et semblent occuper tout le ventre. Il s'agit du côlon.

La dilatation occupait surtout le côlon descendant, mais aussi le transverse et l'ascendant. Pas de sténose. Mort au bout de treize jours.

OBSERVATION XCV

(Schuckmann.)

Homme âgé de soixante-huit ans, admis à l'hôpital pour troubles mentaux.

Sympômes. — Constipation. Ventre tendu et ballonné. Tympanisme. Lavements inefficaces.

Diagnostic. — Occlusion intestinale complète.

Traitement. — Colostomie.

Mort subite à la suite de l'opération.

Autopsie. — Presque tout le ventre est occupé par une anse intestinale très dilatée. Flexure de l'anse sigmoïde. Foie, diaphragme, cœur, poumons, intestin grêle et estomac déplacés. Rectum faiblement dilaté. Pas de sténose, mais légères strangulation à 20 centimètres de l'anus. Dans le sac, matières fécales et beaucoup de noyaux de cerise.

OBSERVATION XCVI

(Riether *in* Duval.)

Enfant nourri par sa mère pendant trois jours, puis par une nourrice, refuse le sein et a des vomissements verdâtres.

Ventre météorisé.

Température 36°7 à 37°5; quelques instants avant la mort 39 degrés. Constipation : deux lavements, le premier jour ne donnent pas de résultat. Masses vomies noires verdâtres, mais non fécaloïdes.

En sept jours le poids tombe de 3.300 à 2.600 grammes.

L'enfant meurt au septième jour de son hospitalisation.

Autopsie. — Estomac et intestin dilatés ; le grêle, distendu par les gaz, à la largeur du médius. Côlon très dilaté et rempli de fèces brunâtres. Rectum libre et contracté ; pas d'obstacle à la circulation intestinale.

OBSERVATION XCVII

(Jacobi *in* Gaujoux.)

Malade ayant un abdomen dilaté. Constipation chronique alternant avec diarrhée.

Mort côlite ulcéreuse.

Autopsie. — Dilatation du côlon avec hypertrophie et allongement surtout dans la région de l'S iliaque.

Lésions de côlite ulcéreuse. Rectum normal.

OBSERVATION XCVIII

(Morestin, in *Bull. et Mém de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXXVI, n° 10, mars 1910.)

Dilatation idiopathique du côlon et du rectum

Frédéric V... apprenti verrier, âgé de quinze ans, a toujours souffert d'une constipation tenace qui a fait jusqu'ici le malheur de son existence. Il a toujours eu les plus grandes peines à aller à la selle, restant parfois des semaines entières sans pouvoir évacuer son intestin, obligé d'avoir sans cesse recours aux lavements et aux purgatifs. En dépit de cette sorte d'infirmité, il est assez bien développé, de petite taille il est vrai, mais vigoureux et de bonne mine.

Au mois d'août 1909, survint une très alarmante crise d'obstruction intestinale, pour laquelle il fut admis dans mon service à l'hôpital Tenon. Notre collègue Veau, chirurgien de garde, fut appelé d'urgence auprès de lui. Le toucher rectal lui ayant révélé la présence, non loin de l'anus, d'un stercorome considérable, M. Veau put mettre un terme aux accidents en fractionnant cette masse fécale et en donnant issue à une prodigieuse quantité de matières.

Le péril une fois écarté, les parents s'opposèrent à toute intervention curative et reprirent l'enfant. Bien entendu, les fonctions du gros intestin restèrent tout aussi défectueuses que par le passé.

Le 22 janvier de cette année, Frédéric V... fut de nouveau conduit dans mon service. Il était fort malade. Depuis douze jours, il n'y avait pas eu de selles et, depuis la veille, le malade avait eu plusieurs vomissements. Le ventre était énormément ballonné et on voyait, sous la paroi, se dessiner les anses intestinales très distendues, dont on pouvait suivre les ondulations péristaltiques. A chaque instant, survenaient de violentes coliques qui arrachaient au pauvre garçon des cris et des larmes.

La distension de l'abdomen n'était pas uniforme ; le côté gauche du ventre était beaucoup plus proéminent ; il était facile de reconnaître au palper l'existence d'une sorte de gros cylindre allant depuis le rebord des fausses côtes jusqu'à l'arcade crurale et, au bassin et dans le sens transversal, depuis la ligne médiane jusqu'à la région lombaire, occupant, en un mot, toute la moitié gauche du ventre. Cette masse était ferme et mate à la partie inférieure, résistante et sonore dans sa portion supérieure.

Le doigt introduit dans le rectum, rencontrait à 7 centimètres de l'anus un bloc dur, dont l'extrémité était arrondie et mousse, et qui allait s'élargissant de bas en haut.

J'endormai le malade, plaçai dans l'anus une valve pour le maintenir béant, et, à l'aide d'une cuiller, procédai au morcellement de la masse stercorale qui, à une faible distance au-dessous de son pôle inférieur, devait avoir au moins 10 centimètres de diamètre.

Peu à peu, le bloc dur se laissa fragmenter, puis la cuillère ramena une pâte fécale de plus en plus molle; enfin, survint un écoulement torrentiel de matières fétides, le tout d'une coloration gris noirâtre uniforme. Tant solides que liquides, on pouvait évaluer à 5 ou 6 litres la valeur des matières expulsées dans cette séance, et encore l'évacuation était-elle incomplète. Elle s'acheva spontanément par des selles répétées dans le courant de la journée.

Quelques jours après, je procédai à l'examen du rectum en m'aidant de longues valves. Cet examen me confirma seulement l'élargissement considérable du boyau, sans révéler aucune lésion appréciable de la muqueuse. Des purgatifs répétés et des irrigations recto-côliques abondantes assurèrent provisoirement le régime des selles.

La famille du jeune homme se laissa enfin persuader de l'utilité d'une intervention destinée à améliorer, d'une façon durable, le fonctionnement de l'intestin.

25 février. — Je pratiquai la laparotomie médiane sous-ombilicale et vérifiai, tout d'abord, ce que l'examen clinique avait permis de soupçonner. Le gros intestin, sain et normal jusqu'à l'angle splénique du côlon, présentait, à partir de ce point, des proportions monstrueuses, et cette dilatation s'étendait jusqu'au fond du bassin, presque à la terminaison du rectum. On ne pouvait plus établir aucune distinction en côlon descendant, S iliaque et rectum. Il n'y avait plus qu'un énorme renflement,

une poche fusiforme, où rien ne persistait des anciennes démarcations. Toute la portion dilatée était de couleur blanchâtre ou blanc grisâtre; on n'apercevait ni bosselures, ni bandelettes longitudinales. Au toucher, la paroi était épaisse, rigide, un peu comme du carton.

Je me décidai à anastomoser la dernière anse de l'iléon avec l'ampoule recto-côlique le plus bas possible, ce que je réalisai très simplement en créant sur chaque organe une boutonnière de 6 centimètres, et en les réunissant l'une à l'autre par une série de surjets à la soie fine. Ensuite, je sectionnai l'iléon au voisinage du cæcum et fermai les deux bouts, pour obtenir l'exclusion de tout le segment du gros intestin compris entre son origine et la dilatation.

Le ventre, enfin, fut refermé par trois plans de suture. J'avaîs cru prudent de laisser un drain. Il fut retiré au bout de quarante-huit heures, après avoir donné issue, le premier jour, à une sérosité assez abondante.

Le lendemain de l'intervention, un léger ictère commença à se manifester. Il s'accentua le second jour, pour s'atténuer graduellement à partir du troisième jour et disparaître promptement.

A cela près, les suites furent d'une grande simplicité : il n'y eut ni vomissements, ni douleurs abdominales, ni aucun phénomène qui put nous inspirer la moindre inquiétude. Au quatorzième jour le malade se levait.

Le cours des selles s'est établi spontanément le cinquième jour.

Depuis, notre opéré expulse, une ou deux fois par jour, des matières pâteuses assez fermes, quoique non moulées. Sa satisfaction en est très grande, la défécation spontanée et facile était pour lui chose absolument nouvelle. Le ventre est bien souple. En ce moment une palpation, même attentive, ne permet pas de sentir la portion dilatée.

OBSERVATION XCIX

(Picqué et Grégoire.)

D... Gabrielle, cinquante ans, entre au Pavillon de chirurgie le 1er octobre 1912, venant du service du Dr Mathieu, hôpital Saint-Antoine. L'interne du service, M. Giraud, a bien voulu me remettre la note suivante :

« Cette malade a été opérée il y a un an, pour occlusion intestinale aiguë ; on lui fit une laparotomie médiane sans établissement d'anus. Elle rentre dans le service avec une occlusion datant de quatre jours. M. Labey l'opéra d'urgence et lui pratiqua l'appendicostomie. On trouva une anse sigmoïde énorme dilatée et hypertrophiée. Le 10 avril 1912, a été opérée de mastoïdite. La fermeture de la bouche appendiculaire s'est opérée dans le service.

» Elle revient au mois de juin pour constipation opiniâtre. Elle part pour le Vésinet dans un état satisfaisant, mais présentant encore quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle rentre de convalescenee, et c'est dans cette période qu'elle est prise de troubles psychiques qui nous obligent à la transférer à Sainte-Anne.

» A ce moment son état intestinal était le suivant : selles sans lavement, se produisant tous les deux jours environ. Quelques légères brûlures dans la fosse iliaque droite. »

Dans le certificat qu'il a rédigé, notre collègue Mathieu signale les troubles mentaux suivants : l'agitation et l'excitation, les menaces au personnel et aux autres malades, les tentatives de suicide et les tendances aux fugues.

Sur ma demande, la note suivante m'a été remise par mon excellent collègue Labey qui a opéré la malade :

« Cette femme présentait des symptômes d'occlusion intestinale aiguë avec ballonnement énorme. Je fis une laparotomie et constatai que le ballonnement était dû uniquement à la distension de l'anse Ω qui était véritablement monstrueuse. Pour y voir clair, je ponctionnai cette anse et je pus alors voir de petites brides blanchâtres ressemblant à des lésions scléreuses de péricôlite qui fixaient et coudaient l'anse dilatée. J'en sectionnai un certain nombre, espérant que cela suffirait, momentanément du moins. Toutefois, comme soupape de sûreté, je fis en même temps une appendicostomie. Je me proposais ultérieurement de faire une résection. C'est alors que M. Mathieu reçut cette malade dans son service en observation.

» Cette femme se trouvant bien (je crois que la fistule cæco-appendiculaire s'était fermée spontanément) à dû quitter l'hôpital et je n'ai pu lui faire l'opération radicale que je me proposais de pratiquer.

» A son arrivée à l'asile le 1er octobre, le Dr Briand, médecin en chef de l'admission, établit le certificat suivant : est atteinte de dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale et prédominance d'idées de persécution ; on la tourmente, on l'injurie, on lui jette des objets malpropres dans les cheveux ; préoccupations hypocondriaques à l'occasion de troubles dyspeptiques réels. Agitation anxieuse par intervalles.

» La malade m'est adressée au Pavillon où je l'ai observée pendant plusieurs jours ; les symptômes qu'elle présente sont caractéristiques. La distension du ventre est énorme, mais n'a pas été mesurée. Le ventre est asymétrique et la tuméfaction est surtout prononcée à gauche ; il existe des mouvements péristal-

tiques très prononcés. Dès qu'on percute le ventre, le mouvement de reptation des anses s'accuse.

La percussion démontre une sonorité totale ; aucun signe d'ascite. La palpation ne révèle l'existence d'aucune tumeur. La malade souffre peu, contrairement à l'opinion des auteurs qui considèrent la douleur comme constante.

La constipation est absolue. Pas d'intolérance gastrique et de vomissement. Le pouls et la température sont normaux. La malade n'accuse pas de débâcles si fréquemment observées.

Le ballonnement s'accuse chaque jour davantage sans provoquer de nouveaux troubles fonctionnels. L'état général reste satisfaisant.

Le diagnostic de mégacôlon, déjà établi par M. Mathieu, n'est pas douteux. Il affecte cliniquement la forme occlusive.

L'intervention est décidée est pratiquée par M. Grégoire, aidé de M. Ch. Liné, assistant, le 8 novembre 1912. Voici la note qu'il a consignée sur la fiche opératoire (n° 88) :

« Le ventre ouvert, on constate que la distension porte sur la terminaison du gros intestin.

» Le côlon iliaque et le côlon pelvien et même le rectum sont élargis. Le début de la lésion commence assez brusquement à la hauteur de la crête iliaque environ. La terminaison se fait vers le rectum, mais non d'une façon nette. L'anse est énorme, comme un côlon de cheval. On distingue à peine les bandelettes musculaires ; il n'existe plus de bosselures comme normalement ; la paroi est épaissie, les vaisseaux énormes, les ganglions hypertrophiés. Le reste de l'intestin paraît normal.

» *Opération*. — L'anse distendue est réséquée. Pour faire l'anastomose, M. Grégoire d'abord se rend compte des connexions de l'anse. Il constate qu'elle est tordue sur son pédicule méso-

côlique, qui fait sur son axe un tour environ dans le sens des aiguilles de montre. Clamps à intestin aux deux extrémités de l'anse. Résection facile. Suture et ligature des vaisseaux du mésocôlon.

» Le bout inférieur est fermé. Le bout supérieur implanté sur la face antérieure du rectum par anastomose termino-latérale. On laisse un tamponnement important dans le petit bassin et un drain derrière l'utérus. L'opération a duré soixante dix minutes. Les suites opératoires ont été très simples.

» La malade est aujourd'hui guérie. »

Observation de M. Pierre Duval (Résumée). — Mme S..., trente-six ans, présente des accidents intestinaux depuis l'enfance, a été vue par divers médecins et chirurgiens. Deux chirurgiens portent le diagnostic d'appendicite chronique et de rein mobile. L'un d'eux pratique l'appendicectomie et la néphropexie en janvier 1902. En 1912, l'abdomen présente un ballonnement progressif, qui, en quelques mois, devient énorme. M. Pierre Duval déclare qu'il n'a jamais eu l'occasion de voir un pareil abdomen; il avait à hauteur de l'ombilic 3 m. 50 de circonférence. Le ballonnement est d'ailleurs variable. De temps à autre des débâcles de gaz et de matières le font diminuer ; des périodes de constipation relative l'accentuent, mais jamais la malade n'a présenté de grande constipation.

La radioscopie ne décèle aucun rétrécissement, mais montre une dilatation colique énorme : elle semble généralisée.

M. Duval pratique l'opération en août 1912, M. Fernand Monod assistant. L'incision médiane démontre l'existence d'un mégacôlon total. Seuls, le cæcum et l'ampoule rectale ne sont pas dilatés. Résection de tout le gros intestin, sauf le cæcum. Anastomose cæco-rectale facile.

La guérison est obtenue sans aucun incident. Selle spontanée au cinquième jour, consistante et moulée. Pas de diarrhée. La malade sort au quinzième jour. Au bout d'un mois, crise d'entérite grave à la suite d'un écart de régime, avec 40 degrés de température et état général grave. Guérison en trois semaines. Actuellement, l'état général est excellent.

CONCLUSIONS

1° La maladie de Hirschsprung a acquis de par ses caractères anatomiques et cliniques une place spéciale dans la nosographie médicale ;

2° C'est une maladie qui est plus souvent pseudo-congénitale que congénitale ;

3° Trois caractères anatomiques différencient cette affection : *l'allongement de l'intestin, sa distension et l'épaississement de ses tuniques ;*

4° Cette affection se voit particulièrement chez les enfants et avec une prédilection très marquée pour le sexe masculin ;

5° Quelles que soient les théories qu'on ait invoquées pour expliquer la dilatation colique celle qui la considère comme secondaire à la présence d'obstacle mécanique d'origine congénitale semble pouvoir s'appliquer à tous les cas ;

6° Le diagnostic possible à établir se fera facilement par la triade symptomatique et d'autant plus qu'on aura l'attention éveillée par une connaissance plus parfaite de cette affection et qu'en outre on pourra compléter l'examen par la radioscopie et la radiographie ;

7° Le pronostic de cette affection est toujours grave ; chez l'enfant l'évolution est souvent très rapide et ceux-ci succombent soit de stercorémie soit de manifestations pulmonaires intercurrentes. L'adulte en général est victime de crises d'occlusion intestinale ;

8° Le traitement médical n'est qu'un traitement palliatif qui aura pour bases les lavages intestinaux et le massage abdominal. Il devra toujours être tenté avant le traitement chirurgical, car on ne doit y avoir recours, comme le dit Duval, que si la maladie devient menaçante et son évolution progressive ;

9° Parmi toutes les opérations qui ont été proposées pour traiter le mégacôlon il n'en est pas une qui réponde à toutes les indications ; mais, suivant les symptômes prédominants que présentent les malades, chacune d'entre elles peut donner des résultats heureux et nous pensons que chez les constipés il faut s'adresser à la colopexie, à la coloplicature et à l'exclusion par abouchement iléo-sigmoïdien ; chez les obstrués, on fera la colotomie ou l'entéro-anastomose, chez les porteurs de tumeur abdominale la colectomie sero l'opération de choix.

Vu : le Président de la thèse,
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. — Un cas de mégacæcum consécutif à une disposition vicieuse du côlon ascendant elle-même provoquée par une ectopie rénale droite (Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1904, t. LXXIX, p. 344).

Apert. — Constipation du nourrisson ; mégacôlon (Précis des maladies des enfants, 1909).

Baginski. — Démonstration der Räparate eines Falles von Hirsprungschen Krankheit. (Berlin. Klin. Woch., 1904, XLI, p. 1252).

Bauks. — Dublin Journal of Medical Sciences, 1846, p. 285.

Bar. — Un cas de mégacôlon chez un enfant de cinq mois (Bull. Société d'Obstétrique de Paris, 1910, p. 172).

Baron. — Uber Zwei Fälle von Hirschprungschen Krankheit. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1907).

Bastianelli. — Concetti (Archiv. f. Kinderheilk., 1899, XXVII, p. 319.)

— La colonoplication comme moyen de traitement des colonectasies essentielles totales ou partielles (Sem. méd. Paris, 1903, p. 342).

Baumel. — Un cas de mégacôlon obs. chez un enfant atteint de paralysie infantile (Journal des Praticiens, n° 26, juin 1910, p. 401).

Baumgastner. — Le mégacôlon (Presse médic. Paris, 1907, p. 634).

Berti. — La Pediatria, 1895, p. 116-161.

Benel-Hagen. — Centralb. f. clin., 1908 (Analyse de Presse médicale de Paris, 1908, p. 468).

Bing. — Zur Kermtniss der Hirschsprungscher Brankheit und

ihrer Ætiologie (Arch. f Kinderheilt Stuttgart, 1906, XLIV, p. 59).

Bittorf. — Zur Pathogenese der angeborenen Stuhlverstopfung (Hirschsprungscher Kraukheit) (Münchener med. Woch., 1906, LIII, 205).

Bjorkstein. — Un cas de dilatation congénitale du côlon chez un enfant (Jahrb. f. Hinderts, 1902, p. 714-725).

Blanc. — Dilatation de l'intestin (Loire médic., 1907, p. 324).

Brentano. — Uber einem Fall von Hirschsprungscher Krankheit (Verhaudt. der 33e Chir. Cong. Berlin, 1904, I, s. 265).

Bristowe. — In. Brit. med. journ., 1885, p. 1086.

Brook — Congenital hypertrophy and dilatation of the sigmoïd flexure (Brit. med. journ., 1905, I, p. 1035).

Bureau. — Un cas de dilatation idiopathique du côlon (Gaz. méd. de Nantes, 1908, p. 301-313).

Cadet. — Dilatation idiopathique du gros intestin (Lyon méd., 1905, t. IV, p. 578).

Cautlay. — Dilatation du gros intestin (Report. Soc. study. diseas. childen. London, 1906, p. 68-71).

Cerné. — Maladie de Hirschprung (Normandie médic., 1908, p. 182-184).

Chapmann. — In Brit. med. journ., 1878, V, 1.

Chassagnard. — Contribution à l'étude du mégacôlon ou dilatation idiopathique du gros intestin. Maladie de Hirschsprung. Th. méd. de Bordeaux. 1909.

Cheadle. — The Lancet, 1886, p. 1117.

Cheinisse. — La Dilatation idiopathique ou congénitale du côlon (Sem. méd., Paris 1904, p. 369).

Chiari. — Démonstration eines Falles von Hirsdesprungscher Krankheit (Verhandl d. deut. pathol. Gesell., 1904, VIII, p. 752).

Ciechanowski. — Pneumatosis cystoïdes intestinorum (Przegl. lek. Krakow., 1904, XLIII, 1, 22).

Clemens. — Sur la maladie de Hirschsprung (Münch med. Wochens., 1907, p, 2502).

Collin. — Modifications topographiques des organes splanchniques avec dilatation du côlon transverse chez un enfant

de onze mois (Bibliographie anatomique, fasc. 6, t. XIII, p. 292)

Concetti. — Arch. für Kinderheilt., 1899. XXVII, p. 319.

Culan. — Le mégacôlon congénital ou dilatation idiopathique du gros intestin. Th. méd. de Paris, 1910.

Dauzinger. — Beitrag zur Kenntniss der Hirschsprungscher Krankheit Inaug. dissert. Berlin, 1907.

Delcourt. — 1° Dilatation congénitale du côlon (Journ. méd. de Bruxelles, 1905, X, p. 695).

— Dilatation congén. du côlon (Polyclin. Bruxelles. 1005, XIV, 22 et Press. méd. belge, 1905, LVII, 15).

Delmas. — Consid. sur le mégacôlon (La Clin., 1908, p. 298).

Demons. — Du coprome ou scatome infantile (Congr. chir. Paris, 1896, p. 349).

Dubourg. — Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 1898, p. 172).

Dupleix. — Dilatation énorme de l'S iliaque (Progrès méd., 1877, p. 953).

Duval. — Dilatation idiopathique du gros intestin (Rev. Chir., 1903, nos 3, 4, 5).

— Les Résultats opératoires du traitement du mégacôlon (Rev. chir , 1909, t XL, p. 506).

Ebers. — Gesch. eines seltenen Falles von Ileus (Hufelands. Journ. der Prakt. Heilk., t. LXXXIII, 1836, p. 62).

Eschorisch. — Fur Kasuistik der Hirschsfrungschen Krankheit. (Wien. Klin. Therap Woch., 1906, XIII, 55).

Fabre de Parrel. — Maladie de Hirschsprung (Normandie méd. 1908, p. 173-175).

Favalli. — (Gazetta med di Milano. 1846, V, p. 213).

Felmdan. — Dilatation congénitale du côlon (Brit. medical Journ. Lond., 1908, p. 260).

Fraton. — Constipation in infants and young children (Edimb. med. Journ., août 1903).

Feuwick. — Brit. med. Journ., 1er sept. 1900.

Fitz. — American Journ. of med. Sciences, août 1898.

Flemming. — Report of a case of congenital dilatation of the colon ; operation, recovery (Colorado med. Journ., Deuwer, 1903-1904, I, p. 160),

Flatcher and Robinson. — A case of idiopathie dilatation of the rectum and the colon as far as de hepatic flexure (Brit. med. Journ., 1907, p. 370).

Formad. — University med. Magazina. Philadelphia, 1892, p. 625.

Friedheim. — Fall von Hirschsprungscher Krankheit (Deut. med. Woch., Leipzig, 1904, XXX, p. 130).

Frœlich. — Maladie de Hirschsprung (Pratique des maladies des enfants, 1910, t. VII).

Fuiney. — Maladie de Hirschsprung (Surg, gyn. obst. Chicago, 1908, p. 624-643).

Furiro. — Un cas de maladie de Hirschsprung (Ichinburs, Tokio, 1907, p. 246-250).

Futterer et Middeldorff. — Virchow's Archiv., 1886, p. 555.

Galliard. — Maladies de l'Intesfin (Tr. de médecine, Brouardel, Gilbert, Thoinot).

Ganjoux. — Archives de méd. des Enfants, 1908, p. 721-755.

Gamme. — Rev. des maladies de l'Enfance, 1886, IX. p. 155.

Gée. — St. Bartholoniew Hospital. Reports, 1884, XX, p. 19.

Genersich. — Jahrb f. Kinderheilk, 1893, XXXVII. p. 91.

Germer. — Ein Fale von Hirschsprungscher Krankheit durch Enteroanastomose geheilt (Deut. Zeitsch. f. Chir., t. LXXIX, p. 38).

Giordano. — Traitement chirurgical de la colonectasie (Arch. internat. de Chir., 1903, I, p. 1).

Gourewitch. — Zur Kamistik der Hirschsprungscher Krankheit (Prager med. Woch., 1904, XXIX, p. 607-623).

Graamboom. — 1° Jeto over de zickte von Hirschsprung (Megacolon congenitum) naar aanleinding von een waargenanen geval (Nederl. Tidjsch. v. Geneesk, Amsterdam, 1905, 2, 1, XLI, d. I, p. 442).

— 2° Ziskte van Hirschsprunger (Nederl. Tidjsch. v. Geneesk. Amsterdam, 1905, 2 v., XLI, d. I., p. 1009).

Griffiths. — Americ, Journ. of the med. Sciences sept., 1899.

Guinard. — Maladie de Hirschsprung in Affections chirurgicales de l'abdomen (Traité de Chirurgie clinique et opératoire, de Le Deutu et P. Delbet).

Guinon et Reubsaet. — Un cas de maladie de Hirschsprung (Bull.

et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 1907, p. 1542).

Gwynee. — Un cas de dilatation congénitale du côlon sygmoïde (Anarterley med. journ. Sheffield. 1901. t. X. p. 335).

Hadden. — International clinics, 1893. IV, p. 53.

Hall. — Dilatation congénitale du gros intestin (Arch. pediatr., 1903, p. 29-32).

Hartmann. — Constipation congénitale liée à une atrophie du côlon pelvien (Bull. et Mém. de la Société de Chir., t. XXXIII, 1907, p. 971).

Hanshalter — Dilatation du côlon transverse chez un enfant de onze mois (Rev. méd de l'Est Nancy, 1901, XXXIV, p. 275).

Hawkins. — Remarks ou idiopathie dilatation of the colon (Brit. med. Journ., 2 mars 1907).

Hichens. — The Lancet, 1898, p. 1121.

Hilbert. - Fall von Hirschsprungscher Krankheit bei einer Erwachsenen (Deut. med. Woch, Leipzig, 1905, t. XXXI, p. 2035).

Hirschsprung. — 1° Jahrbüch für Kinderheilkunde, 1888. t, XXVII.

— 2° Festschrift zum Geburstage des Her. Henoch. Berlin, 1890, p. 78.

— 3° Dilatation congénit. du côlon (Maladie de l'Enfance, dans Grancher, Comby, Marfan, 1904, II, p. 241).

Hobbs et Richemond. — La médecine moderne, 1898, p. 652.

Hue (F.). — Dilatation congénitale du gros intestin (Normandie médic.. 1er mai 1907).

Hughes. — Transact. of the pathol. (Soc. of Philadelphia, 1887, p. 40).

Ibrahim. — Ein Beitrag zur Pathogenere der Hirschsprungscher Krankheit (Dent. med. Woch., XXXI, 1905).

Ito et Loyezima. — Étude sur la maladie de Hirschsprung (Deut. Zeit. f. Clin. Leipzig, 1907, p. 459).

Jayle. — La dilation congénitale et vopathique du côlon observée au VXIIe siècle (Presse médicale, 1909, p. 803).

Johannessen. — La dilatation idiopathique du gros intestin chez l'enfant (Revue neurol. des maladies de l'enfance, fév. 1900).

Jouxowsky. — Dilatation congénitale du gros intestin avec hypertrophie des parois de tout l'intestin Sténose du duodénum et hernie interne (Med. Obozr, 1903, LIX, p. 7),

Khien. — Zür Kasmik der Colonecktasien bei Kindern (Strasbourg Med. Zeit., 1904, I, p. 128).

Kœppe. — Zür Kenutnin der Hirschsprungscher Kranhkeit (Monatschr. f. Kinderheil, 1908, Bd. VI, n° 18, p. 496).

Kopts. — Ueber einege Falle von Hirschsprungschen Krankheit (Therap. der Gegemwart, 1908, n° 5, p. 193).

Langmead. — Procedings of the Royal Soc. of Med., juin 1909.

Lapeyre. — Contribution à l'étude de la pathologie et de la chirurgie du côlon pelvien (Gaz. méd. du Centre, 1906, p. 179).

— Contribution à l'étude de l'appendicostomie dans le traitement des occlusions ayant pour siège le gros intestin (Congr. chir., 1905, p. 776).

Le Calmé. — Le Mézacôlon ou maladie de Hirschsprung, dilatation congénitale du côlon. Thèse de Paris, 1908.

Lejars. — Les Formes graves de la constipation et leur traitement chirurgical (Sem. méd., 1904, p. 420).

Le Roy des Barres. — Sur un cas de dilatation idiopathique du gros intestin (Gaz. Hôp. Paris, 1903, p. 871).

Lévi. — Congenital dilatation of the colon (Ann. gyn. and ped. Boston, 1904, XVII, p. 10).

Littré et Gilbert. — Diction. de Méd. de Chirurg. de Pharmacie et des Sciences qui s'y rapportent, 1908 (Art. maladie de Hirschsprung).

Lœper. — Dilatat. congénit. du côlon (mal. de Hirschsprung) (Manuel des maladies du tube digestif de Debove, Achard, Castaigne).

Lœwenstein. — Centralb. f. Path. Anat., 1907.

Marfan. — Traitement des maladies de l'enfance de Grancher, Comby, Marfan, 1807, II, p. 660.

— Rev. mens. des mal. de l'enfance, 1895, XIII, p. 153.

Martin. — Montreal med. Journ., 1897, XXV, p. 697.

Méry, Guillemot et Génévrier. — Maladie de Hirschsprung. Dilatation congénit. du côlon (Pratique des maladies des enfants, 1910, t. II).

Meynier. — Contributo clinico allo studio del megacolon congenito (Polyclin. Roma, 1904, t. XI, p. 1407).

Monetz. — The Lancet, 1888.

Morestin. — Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1909, XXXV, n° 13).

— Dilatat. idiopathique du côlon et du rectum (Bull. Soc. Chir., 22 mars 1910).

Monges. — Un cas de maladie de Hirschsprung. Anomalie du lobe gauche du foie (Marseille méd., 1907, p. 135).

Mulberger. — Uber die dilatatio et hypertrophia coli (Zeitschr. f. Klin. med. Berlin, 1905, t. VII, p. 374).

Muraka. — Deux cas de maladie de Hirschsprung (Jitwazasshi Tokio, 1907, p. 116-126).

Murray. — Idiopathie dilatation of the colon (Liverpool med. chir., j. 1903, t. XXVII, p. 339).

Nuya. — Lo sperimentale, 1894.

Neter. — Die Bezietungen der congenitalen anomalien des S romanum zur habituellen Verstopfung im Kindesalter zur Hirschsprungscher Krankheit und zum Volvulus Flexuræ sigmoïdæ der Erwaschsenen (Arch. f. Kinderheilt, 1901, XXXII, p. 3-4).

— Zur pathogenese der Hirschsprungachen Kankhreit (Munch. med. Woch., 1907, p. 1817).

Neugebauer. — Zur Diagnose und therapie der Hirschsprungscher Krankheit (Arch. f. Kl. Chir., 1907, B. LXXXII, p. 53).

Okynsyk. — Atrésie congénitale du côlon (microcôlon), ses relations avec la maladie de Hirschsprung (Rev. de Chir., 1909, t. XL, p. 867).

Osler. — Archives of Pediâtries. London, 1893, p. 113.

Oulmont. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1843, p. 336.

Peakok. — Transactions of the Path. Soc. of London, 1872, v. 23, p. 104.

Perthes. — 1° Opportunité de l'intervention Chirurgicale de la maladie de Hirschsprungscher (Journ. de Chirur. et Annales de la Soc. belge de Chir. (Bruxelles, 1905, v. 225).

— 2° Zür pathologie und Therapic der Hirschsprungscher

Krankheit megacolon congénitum (Arch. Klin. Chir. Berlin, 1905, LXXVII, I, p. 42).

Petriwalscky. — Sur la maladie de Hirschsprung. (Arch, f. Klin, Chir., 1908, p. 318-368).

Pfisterer. — Obstipation in Folge Darmabknickung Beitrag zur Lehre von der sogenannten « Hirschsprungscher Krankheit » (Jahrb. f. Kinderheilk, 1907).

Pluyette. — Maladie de Hirschsprung (mégacôlon) (Marseille méd., 1905, XLII, p. 241).

Porro. — Soc. per publicazione der Annali mur. delle science e delle industria, 1372.

Poher. — Hirschsprung discase (Internat. Clin. Phila., 1909, 19 s. III, p. 196-203).

Pozzi. — Contribution au traitement opératoire de cert. tumeurs stercorales avec énorme dilatation du gros intestin (Cong. de Chir. Paris, 1905, p. 782).

Raulin. — Dilatation et hypertrophie du côlon (Gaz. heb. des Soc. méd. de Bordeaux, 1908, p. 89-91).

Richardson. — Boston med. and surg. Journ., 1901, n° 7.

Riether. — Wiener Klin. Wochenschrift, 1898, n° 4.

Rolleston and Haward. — Transactions clinical Society of London, 1896, p. 201.

Rotch. — Pediatries the hygienic and med. treatment of dreldren. Philadelphia, 1896, p. 875.

Rok. — Zur pathologie und therapie der Hirschsprungscher Krankheit (Arch. f. Klin. Chir., 1906, II, 125).

Roux de Brignolles. — Un cas de dilatation idiopathique du gros intestin (Gaz. méd. Paris, n° 40, oct. 1903).

Saint-Martin. — Maladie de Hirschsprung (Rev. méd. de la Franche-Comté. Besançon, 1005, XIII, p. 81).

Schnitzler. — Maladie de Hirschsprung. traitée opératoirement et guérie (Soc. des méd. de Vienne, 14 juin 1907. Presse méd. Paris, juillet, 1907).

Schœnstadt. — Communicat. à la Soc. de Méd. de Berlin (séance du 17 juill. 1907) (La Clinique du 27 sept. 1907, p. 623).

Schreiber. — Sur la dilatation idiopathique du côlon. Mal. ed

Hirschsprung (Arch. f. Verdauungskrank., B. XIII, f. 2, 1907).

Schuckmann. — Deux cas de maladie de Hirschsprung (Deut. med. Woch., 1907, n° 6).

Schutz. — Ueber hyperplasierende Colitis und sigmoïditis (Beit. z. path. Anat. und. z. all. Path. Iena, 1905, VII).

Schwartz. — Un cas de mégacôlon observé à la suite d'un traumatisme intestinal (Press. méd., 1907, p. 781).

Silberberg. — Ueber angeborene colonerweiterung (Centralb. f. der Med. und. Chir. Iena. 1903, VI, p. 881).

Skelding. — Un cas de dilatation congénitale du côlon (Brit. Journ. child. dis. London, 1907, p. 526).

Sommer. — Ein Beitrag zur Hirschsprungschen Krankheit (Deutsch. med. Woch., 1909, p. 31).

Stirnimann. — Hirschsprungsche Krankheit oder megacolon congenitum (Corresp. Bl. f. Schweitz. Aerzte. Bâle, 1905, XXXV. p. 569).

Syers. — Un cas de grande dilatation du côlon non due à un étranglement (The Lancet, Londres, 1902, I, p. 21).

Tarozzi. — Maladie de Hirschsprung (Rifor. med. Roma, 1902, p. 446-459).

Tchernow. — La Dilatation du gros intestin chez les enfants (Jahrb. f. Kinderheilk., 1906, LXIV, p. 6).

Terrick. — Constipation congénitale et maladie de Hirschsprung (Journ. de Med. int. Paris, 1909, p. 31).

Tittel. — Ueber eine angeborene Missbildung des Dickdannes (Wien. Klin. Wochens., 26 sept. 1901).

Tordens. — Journal de Clin. et Thérap. infantiles, 1896.

Torkel. — Angeborene hochgradige Erweiterung des Dünndarmes ohne Stenose (Deut. med. Woch. Leipzig, 1905, XXI, p. 344).

Toussaint. — Neumatosis submueosa intestinal (Bol. d'Inst. patel. Mexico, 1903-1904, ref.. I, p. 453).

Trèves. — The Lancet, 1898, t. I, p. 276.

Truffier. — Dilatation congénit. dite idiopathiqne du côlon (mégacôlon) (Bull. et Mém de la Soc. de Chir. Paris, 12 nov. 1907, p. 1068 et suiv.).

Valagussa. — Contributo allo studio della pathogenesi del megacolon congenito (Nev. di Clin. pæd. Florence, 1903, t.I, p. 824).

Variot. — Météorisme très prononcé du côlon avec péristaltisme chez un garçon de cinq ans (Bull. de la Soc. de Pédiâtrie de Paris, 1907, p. 299-301, t. IX).

Versé, — Dilatat. chronique du gros intestin dans la vieillesse (Münch. med. Woch., n° 13, 1909).

Wagner. Maladie de Hirschsprung (Surg. gyn. and obst. Chicago, 1908, p. 44-46).

Walther. — La Maladie de Hirschsprung (Lancet clin., 19 fév. 1910).

Walker et Griffiths. — Brit. Journ. med., 1893, t, II, p. 230.

Walther. — Sur le rôle de l'angle côlique gauche dans les occlusions intestinales (Soc. Chirur. Paris, 1902).

Weill. — La Maladie de Hirschsprung (Précis de méd. infantile, 1905, p. 454 et 455).

Wilkie. — Hirschsprung's disease idiopathie dilatation of the colon (Edimb. med. Journ., sept. 1909).

Woolmer — Brit. med. journ., 1899, p. 1330.

Zezas. — Die Hirschsprungsche Hrankeit (Fortschr. d. med., XXIV, 2, 1906).

Zopphl. — Sur l'état anatomique de l'intestin dans le mégacôlon vrai et dans le pseudo-mégacôlon (Sem. méd., n° 23, 1910, p. 308).

Zubizarreta. — Megacolon congenito (Semana med. Buenos-Ayres, 1905, t. X, p. 426).

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2353-13